วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

VOL.9 NO.4 October - December 2024

ISSN : 3027-866X (Online)

ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 1
มยุรฉัตร อินทรโชติ ,วนิดา ศรีพรหมษา ,วิไลพร แก้วฝ่าย

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย 7
สิริยุพิน แสนยาพิทักษ์ ,ลกช พิริยะ ,วิไลพร แก้วฝ่าย

การศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ 15
ทนงศักดิ์ สมัครสมาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย 23
นงค์ลักษณ์ แก้วแจ่มดา

การศึกษาเปรียบเทียบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้านกับการเตรียมที่โรงพยาบาล 32
สิชานนท์ ยืนยาว

การประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง: การวัดซ้ำในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย 41
วีร์ เมฆวิลัย ,วรวรรณ ศิริชนะ ,สริตา ธาวนพงษ์ ,กมล แก้วกิตติณรงค์ ,ณัฏฐา ฐานีพานิชสกุล

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบแผนยูสไตน์ 51
เพ็ญภัสสร์ ธนัชทัศน์

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening 62
มณีนิล มณีนิล

การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 70
กาญจนา คุ้ยเจี๊ยะ

ผลของการทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 79
วิราวรรณ พิศพล ,อาริยา สอนบุญ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 89
ธัญญามาศ เทพสาร ,ภิรญา พินิจกลาง ,จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,กาญจนา จันทะนุย

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 99
อมรา ดวงเตชะ

การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 108
สุพัตรา เจนพาณิชพงศ ,วิวัลญา อุดมเดชาเวทย์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 119
พัฒน์นรี รอดกูล

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวออกรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 130
ศิริญา แสงเส้น

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 139
สุนันทา คำเพชรดี

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี 150
จิริสุดา กาญจนสถิตกุล

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน 161
ณิชกานต์ ลาภะ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 171
กรกต ผิวพุ่ม ,สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม 181
จารุวรรณ เหลาสนิท ,อัจฉรา มีดวง ,จิราวรรณ โยธะมาตย์

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 191
ศิวาการ นามปัญญา

เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองระหว่างความหนาของ สไลด์ 1 มิลลิเมตรกับความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร 198
ภรภัค พันธุ์เพ็ง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 206
วิภาพร ทุมโนน้อย ,สิริลักษณ์ แฝงสมศรี ,ศักดิภัณฑ์ ไชยบัวแดง

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 217
วันชัย อรรถโยโค ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

ผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ชนิดปากกา 229
อรุณภัสร์ จิตประเสริฐวุฒิ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวช กรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา 236
เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์

กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ 248
เทวา นวเลิศปรีชา

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 256
สุรสิทธิ์ อุดมเดชาเวทย์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 267
สุดา ทองทรัพย์ ,สุพิน สุโข

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษา 2 ราย 278
ขนิษฐา ไชยทองศรี

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม 284
รุ่งรัตน์ เอี่ยมสอาด

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี 292
มยุรี คนยัง

ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้างเปือย ตำบลขัวก่ายอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 303
มะลิวรรณ์ พุฒธรรม ,ฐิติมา แสนโสภา

การพยาบาลอาชีวอนามัยในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีตกจากที่สูงและกระดูกสะบ้าหัก ก่อนกลับเข้าทำงาน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสกลนคร 314
กมลทิพย์ จันทรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 320
สุรินทร์ มณีฉาย

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 331
ปนัดดา มานะงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช 338
มัลลิกา ช่วยรักษ์ ,ธเนศ สังข์ศรี

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 349
มนฤดี รูปสม ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,วลัยพร รุ่งเรือง ,จารุณี แก้ววันนา

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 361
สุรีรัตน์ สุขรินทร์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 368
ศรีทุม คำดา ,ปริศนา นวลบุญเรือง ,เกษกาญจน์ อุ่นนุช ,พัชรินทร์ สิงห์ทราช

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรังการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม 379
ธนิดา หาญสิทธิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 387
ชัชชาย เพชรพิมพ์ ,แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ ,ภาญจนา พลราช ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

ประสิทธิภาพในการบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ . 398
อนุรักษ์ ปิ่นทอง และทักษิณ วันชูพริ้ง

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 408
ปรานี แสงคำ

ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 420
จักรี สาริกานนท์

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 431
อภิชญา อารีเอื้อ

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 437
ศศิณัฏฐ์ ผลวาวแวว ,อภิชญา อารีเอื้อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 446
วารุณี เข็มลา

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่าย อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 456
สวัสดิ์ มาลา

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 468
ไพรัตน์ มาลัยพวง ,อภิชญา อารีเอื้อ

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 476
วรรณนา อุทานิตย์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 485
ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ ,กรรณิกา บุญบวร ,ภาภัทร์ศิริ อินทรปฐม ,โชติกา เพชรเลิศ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร 493
วริษา ชาวชายโขง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย 501
นพพร ศรีคำบ่อ ,วิชชุดา ศรีจรงค์ ,นริศรา รุจิโรจน์จินดา

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การบริบาลผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยว สบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน: รายงานผู้ป่วย 512
สินีนาถ ค้าไกล

สภาพการดำเนินงานสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 523
เกษร แถวโนนงิ้ว ,สุมาลี จันทลักษณ์ ,สุวิศิษฎ์ ช่างทอง

พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ในจังหวัดกาญจนบุรี 532
กาญจนา อาชีพ ,ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ ,วัฒนา ชยธวัช

การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ 540
วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์

กลยุทธ์การจัดเตรียมเลือดที่ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยที่สร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ ระบบ เอ บี โอ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ 551
วัชรา ป้อทองคำ

ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง 558
มณีรัตน์ ทางดี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 567
นีรนาท วิลาศรี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ 576
เก่งนิติ ติละบาล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 586
นฤมล ปิ่นพรม ,ราตรี หะนุรัตน์ ,รอฮานา โต๊ะแฉะ

การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 594
ราตรี หะนุรัตน์ ,นฤมล ปิ่นพรม ,อณัญญา จันทร์แสงทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลมัญจาคีรี ปีงบประมาณ 2563-2567 601
สถิตย์ ไชยศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร 611
ธนวรรษ หาญสุริย์

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องกับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 621
ศิริพร วันทองทิพย์

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 631
อาภรณ์ ดีอันกอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย 643
สมหมาย โคตรสีเขียว

การพัฒนาระบบการจัดการยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลท่าตูม อ. ท่าตูม จ. สุรินทร์ 654
นิธิกานต์ สายรัตน์ ,ตุลาการ นาคพันธ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 661
ปราณี อุสุพันธ์

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่รับบริการศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย 667
ธิดานวล กองหล้า ชื่นศรี ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 678
กฤช โชติการณ์ ,รัตติยา แดนดงยิ่ง ,อรนิฏา ธารเจริญ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 686
ชัญญา ดิษเจริญ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T 693
สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 704
สุภารัตน์ นิ่มสวน

แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี .. 712
ชาตรี พงษ์พันธ์ ,บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,ทัพไท ชุ่มนาเสียว ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และ การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ 720
ผกาทิพย์ สุขจิตร์ ,ชัยพร อมฆมุนีพงศ์ ,วรรณิศา เทโพ ,จุฑามาศ ใจมูล

รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ ศึกษากรณีพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสมุนไพร จังหวัดมุกดาหาร 729
ทองเสริฐ ใจตรง ,ศิรภัสสร มูลสาร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก: กรณีศึกษา 2 ราย 737
ดรุณี สีหา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก : กรณีศึกษา 2 ราย 745
ภัญกร บุญพลเขตร์

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตภาคเหนือ 753
พรรณพิไล สุทธนะ ,ปิ่นนเรศ กาศอุดม ,กชวรรณ ทะวิชัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 764
ศิริณา รังกลิ่น

การพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง 770
เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,ปวิตร ชัยวิสิทธิ์ ,วิชุตา คมขำ ,สมเกียรติยศ วรเดช ,ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 783
สุธาทิพย์ วังคีรี

สถานการณ์การบาดเจ็บ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง 791
วรากร คำน้อย ,พรลักษณ์ หาญพาณิชย์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 802
ระวิวรรณ เติมวาณิช ,อนงค์นุช ศาโศรก ,ปพิชญา ทวีเศษ

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 819
คำไฝ พลสงคราม ,สิทธินนท์ หาญจริง

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) คุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก การทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต การให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูง การบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024
Part 1

สารบัญ

การพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 1
มยุรฉัตร อินทรโชติ ,วนิดา ศรีพรหมษา ,วิไลพร แก้วฝ่าย

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย 7
สิริยุพิน แสนยาพิทักษ์ ,ลกช พิริยะ ,วิไลพร แก้วฝ่าย

การศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ 15
ทนงศักดิ์ สมัครสมาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย 23
นงค์ลักษณ์ แก้วแจ่มดา

การศึกษาเปรียบเทียบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้านกับการเตรียมที่โรงพยาบาล 32
สิชานนท์ ยืนยาว

การประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง: การวัดซ้ำในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย 41
วีร์ เมฆวิลัย ,วรวรรณ ศิริชนะ ,สริตา ธาวนพงษ์ ,กมล แก้วกิตติณรงค์ ,ณัฏฐา ฐานีพานิชสกุล

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบแผนยูสไตน์ 51
เพ็ญภัสสร์ ธนัชทัศน์

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening 62
มณีนิล มณีนิล

การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 70
กาญจนา คุ้ยเจี๊ยะ

ผลของการทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 79
วิราวรรณ พิศพล ,อาริยา สอนบุญ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 89
ธัญญามาศ เทพสาร ,ภิรญา พินิจกลาง ,จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,กาญจนา จันทะนุย

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 99
อมรา ดวงเตชะ

การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 108
สุพัตรา เจนพาณิชพงศ ,วิวัลญา อุดมเดชาเวทย์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 119
พัฒน์นรี รอดกูล

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวออกรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 130
ศิริญา แสงเส้น

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 139
สุนันทา คำเพชรดี

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี 150
จิริสุดา กาญจนสถิตกุล

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน 161
ณิชกานต์ ลาภะ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 171
กรกต ผิวพุ่ม ,สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม 181
จารุวรรณ เหลาสนิท ,อัจฉรา มีดวง ,จิราวรรณ โยธะมาตย์

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 191
ศิวาการ นามปัญญา

เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองระหว่างความหนาของ สไลด์ 1 มิลลิเมตรกับความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร 198
ภรภัค พันธุ์เพ็ง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 206
วิภาพร ทุมโนน้อย ,สิริลักษณ์ แฝงสมศรี ,ศักดิภัณฑ์ ไชยบัวแดง

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 217
วันชัย อรรถโยโค ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

ผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ชนิดปากกา 229
อรุณภัสร์ จิตประเสริฐวุฒิ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวช กรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา 236
เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์

กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ 248
เทวา นวเลิศปรีชา

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 256
สุรสิทธิ์ อุดมเดชาเวทย์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 267
สุดา ทองทรัพย์ ,สุพิน สุโข

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษา 2 ราย 278
ขนิษฐา ไชยทองศรี

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) คุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก การทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต การให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูง การบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

Developing the potential of caregivers in caring for the elderly with osteoarthritis.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 27,2024)

มยุรฉัตร อินทรโชติ[1] วนิดา ศรีพรหมษา[2] วิไลพร แก้วฝ่าย[3]
Mayurachat Inthachote[1], Wanida Sriphromsa[2], Wilaiporn Kaewfai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) กลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (One-Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความตามความสามารถของตนเองและประเมินพฤติกรรม Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง caregiver ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวน 21 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ Caregiver ก่อนการทดลอง ประกอบ ด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การรับรู้ตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลา กันยายน 2566 - กุมภาพันธุ์ 2567 (6 เดือน) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver เมื่อพิจารณาเป็นรายการ พบว่า ด้านสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ประคบความร้อนและความเย็นที่ข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = 0.67) ส่วนด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.57) ศักยภาพ Caregiver มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาเป็นรายการก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver พบว่า ด้านพูดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.29, S.D. = 0.78) ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมตามการรักษาของแพทย์ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.81, S.D. = 0.81)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ Caregiver, การให้บริการ , ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the perception of self-efficacy and evaluate caregiver behavior in caring for the elderly with osteoarthritis. It was conducted by applying the self-efficacy theory in the workshop. The sample group was purposively selected from 21 caregivers who had completed at least 70 hours of training. Data were collected by interviewing the caregivers before the experiment, consisting of Part 1: General information; Part 2: Perception of self-efficacy in caring for the elderly with osteoarthritis; Part 3: Assessment of behavior in caring for the elderly with osteoarthritis. Period: September 2023 - February 2024 (6 months). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation.

The research result found that after receiving the Caregiver potential development, when considering each item, it was found that the aspect of being able to take care of the elderly to apply hot and cold compresses to the knee joint correctly had the highest mean value ("$\bar{X}$" = 4.58, S.D. = 0.67). The aspect of being able to take care of the elderly to prevent them from being overweight had the lowest mean value ("$\bar{X}$" = 3.86, S.D. = 0.57). Caregivers had the frequency of performing elderly care activities and performed them consistently. When considering each item before

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย
[2] อาจารย์คณะพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

receiving the Caregiver potential development, it was found that the aspect of talking to and encouraging the elderly in facing various problems had the highest mean value ("X" = 2.29, S.D. = 0.78). The aspect of taking care of the elderly to take medication for osteoarthritis as prescribed by a doctor had the highest mean value ("X" = 2.81, S.D. = 0.81).
Keyword: Caregiver Potential Development, Service provision

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เกิดจากกระดูกอ่อนของข้อเข่า หรือผิวข้อสึกกร่อน เมื่อไม่มีผิวกระดูกอ่อนมาห่อหุ้ม เนื้อกระดูกที่มาชนกันขณะรับน้ำหนักจึงทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ถ้าเกิดอาการเรื้อรัง กระดูกจะมีการซ่อมแซมตัวเองจนเกิดเป็นกระดูกงอกขรุขระขึ้นภายในข้อ ก็จะทำให้การเคลื่อนไหวติดขัด และมีเสียงดัง ในผู้ที่มีอาการมากแล้วจะมีแนวแกนขาผิดปกติ ขาอาจโก่งเข้าด้านในหรือบิดออกนอก และทำให้การรับน้ำหนักของข้อเข่าผิดปกติได้[1] ผลของความเจ็บปวดดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาแบบแผนโบราณและการรักษาแบบทางเลือก ประชาชนที่มีอาการปวดข้อในเขตชนบทไทย จำนวนร้อยละ 60-70 มักซื้อยารับประทานเอง นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายยังใช้วิธีการคัดและบีบนวดข้อที่ไม่ถูกต้องจนถึงขั้นทุพพลภาพ การใส่กำไลทองแดง ดื่มชาสมุนไพร และแช่โคลน ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ยังไม่มีรายงานการศึกษาผลชัดเจน[2]

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้ส่งผลให้โครงสร้างประชากรมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติข้อมูลในปี 2019 จำนวนประชากรโลก 7,713 ล้านคน พบว่าประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง 1,016 ล้านคน ซึ่งองค์การสหประชาชาติยังได้คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลก และยังพบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”[3] ในประเทศไทยพบโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากถึงร้อยละ 60 - 70 ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป[2] และจากสถิติของชมรมโรคข้อแห่งประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมถึง 15 ล้านคน โดย 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งตำแหน่งข้อเสื่อมที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า[4]
จากการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ[5] มีประชากร 7,383 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,092 พบว่า มีผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 3.21 มี caregiver ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 21 คน จากการประเมินพบว่า Caregiver ขาดความรู้เรื่องสมุนไพรที่ใช้ในการลดอาการปวด ขาดความมั่นใจและขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เรื่อง การแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.เพื่อประเมินพฤติกรรม Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) กลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (One-Group Pretest – Posttest Design) โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการในระหว่าง กันยายน 2566 - กุมภาพันธุ์ 2567 (6 เดือน)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

Caregiver ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ Caregiver ก่อนการทดลอง ประกอบ ด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การรับรู้

ตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory)[6] ดังนี้

1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ผู้วิจัยนำมาจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม[12]

2) สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทั่วไปใช้ค่าความถี่ ร้อยละ

2 ขั้นตอนและวิธีการ

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 อบรมให้ความรู้ จากนั้น Caregiver ลงปฏิบัติงานด้วยการให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีการประชุมติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : ผู้วิจัยได้พบกลุ่มทดลอง โดยการประชุม Caregiver แจกแบบสอบถาม Oxford Knee Score เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคะแนน 30–39 คะแนน เข้ากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยผู้วิจัยดำเนินการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมกับให้ Caregiver ตอบแบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองด้านความคาดหวังผลจากการดูแล และด้านพฤติกรรมการดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ตามแผนที่วางไว้ โดยใช้เวลา 6-8 ชั่วโมง พร้อมกับแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม และแผ่นพับเรื่องข้อเข่าเสื่อม ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม สรุปได้ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อธิบายถึงความรุนแรง และผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีต่อผู้สูงอายุ

2) อบรมให้ความรู้ Caregiver เรื่อง การกายภาพบำบัด การออกกำลังกายในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

3) อบรมให้ความรู้ Caregiver เรื่อง สมุนไพรที่มีในชุมชนลดอาการปวด

4) อบรมให้ความรู้ Caregiver เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ Caregiver ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

6) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อพบกันครั้งที่ 2 โดยแบ่ง Caregiver ออกเป็น 3 โซน (โซนที่ 1 บ้านเดื่อ โซนที่ 2 บ้านหัวหาด และโซนที่ 3 บ้านพวก) ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้งแรกเป็นเวลา 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 : ผู้วิจัยได้พบ Caregiver เป็นรายโซน ครั้งที่ 2 และติดตามผลการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง/โซน ตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยสอบถามผลของการปฏิบัติงานนำความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ที่ 1 ไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2) ผู้วิจัยได้พูดคุยในเรื่องทั่ว ๆ และกระตุ้นให้ Caregiver ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ

3) กรณีที่ Caregiver ประเมินการปฏิบัติงานสำเร็จ ผู้วิจัยได้ซักจูงให้พูดถึงเรื่องความสำเร็จและกระตุ้นให้ Caregiver ตระหนักในความสามารถของตนเองที่กระทำได้ และนัดพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 : ผู้วิจัยได้นัดประชุม Caregiver ครั้งที่ 3 และดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลใช้เวลา 1 ชั่วโมง/โซน ตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยสอบถามผลของการปฏิบัติงานนำความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ที่ 1 ไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2) ผู้วิจัยได้พูดคุยในเรื่องทั่ว ๆ และกระตุ้นให้ Caregiver ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ

3) ผู้วิจัยนัดหมาย Caregiver ลงฝึกปฏิบัติการกายภาพบำบัด การออกกำลังกายผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยนักกายภาพ โรงพยาบาลหนองคาย

4) ผู้วิจัยนัดหมาย Caregiver พบกันครั้งที่ 4 เพื่อให้ความรู้เฉพาะทาง โดยวิทยากรด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้ง ที่ 3 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 12 : ผู้วิจัยได้นัดประชุม Caregiver ครั้งที่ 4 อบรมเฉพาะด้านให้ Caregiver ดังนี้

1) อบรมให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และฝึกทำสมุนไพรพอกเข่า เพื่อใช้ลดอาการปวดในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยนักแพทย์แผนไทย เพื่อให้ Caregiver มีความรู้เฉพาะด้าน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

2) ผู้วิจัยอธิบายหลักการดูแลผู้สูงอายุเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่า โดยชี้ให้เห็นภาพถ่ายประกอบตามแนวเนื้อหาในคู่มือ พร้อมกับสาธิตการออกกำลังกายกล้ามเนื้อยืดขา ให้ Caregiver สังเกตและทดลองปฏิบัติตาม

3) ผู้วิจัยนัดหมาย Caregiver พบกันครั้งที่ 5 ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้ง ที่ 4 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อให้ Caregiver นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 16 : ผู้วิจัยพบ Caregiver ครั้งที่ 5 เป็นรายโซน และดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลใช้เวลา 1 ชั่วโมง/โซน ตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยนัดหมาย Caregiver ลงฝึกปฏิบัติการกายภาพบำบัด การออกกำลังกายผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยนักกายภาพ โรงพยาบาลหนองคาย

2) ผู้วิจัยสอบถามผลของการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมเฉพาะทาง ไปปฏิบัติงาน

3) กรณีที่ Caregiver ประเมินการปฏิบัติงานสำเร็จ ผู้วิจัยได้ชักจูงให้พูดถึงเรื่องความสำเร็จและกระตุ้นให้ Caregiver ตระหนักในความสามารถของตนเองที่กระทำได้

4) กรณีที่ Caregiver ประเมินว่าปฏิบัติงานไม่สำเร็จ ผู้วิจัยได้พูดให้กำลังใจว่า Caregiver สามารถกระทำได้และค้นหาสาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานของ Caregiver ไม่สำเร็จ โดยวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน

5) ผู้วิจัยนัดหมาย Caregiver พบกันครั้งที่ 6 ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้ง ที่ 5 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อให้ Caregiver นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 20 : ผู้วิจัยพบ Caregiver ครั้งที่ 6 เป็นรายโซน และดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลใช้เวลา 1 ชั่วโมง/โซน ตามขั้นตอนในครั้งที่ 5 และนัดพบกันครั้งที่ 7 ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้ง ที่ 6 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 24 : ผู้วิจัยนัดประชุม Caregiver ครั้งที่ 7 โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมยกเว้นด้านข้อมูลส่วนบุคคล และทำการปิดสัมพันธภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้ตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ ในช่วง 51-60 ปี (อายุเฉลี่ย 55.5 ปี) สถานภาพสมรส 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 47.62 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 80.95 และมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 19.05 เป็นบุตรของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28.57 เป็นหลานของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 33.33 เป็นเครือญาติ คิดเป็นร้อยละ 38.10

การรับรู้ความตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ก่อนการอบรมพบว่ามีความมั่นใจว่าจะกระทำได้ในระดับปานกลาง หลังการอบรมพบว่า มีความมั่นใจจะกระทำได้ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายการ ก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุให้รับประทาน ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 3.67, S.D. = 0.66) ส่วนด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 2.19, S.D. = 0.51) และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver เมื่อพิจารณาเป็นรายการ พบว่า ด้านสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ประคบความร้อนและความเย็นที่ข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = 0.67) ส่วนด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.57)

ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาเป็นรายการก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver พบว่า ด้านพูดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.29, S.D. = 0.78) ส่วนกิจกรรมดูแลการประคบความร้อนและความเย็นที่ข้อเข่าของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 1.57, S.D. = 0.68) และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver พบว่า ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมตามการรักษาของแพทย์ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.81, S.D. = 0.81) ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 2.48, S.D. = 0.75)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ในพื้นที่ ตำบลบ้านเดื่อ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่าผลคะแนนการรับรู้ความตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยก่อนการอบรมพบว่ามีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับปานกลาง หลังการอบรมพบว่า มีความมั่นใจปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายการ ก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุให้รับประทาน ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 3.67, S.D. = 0.66) ส่วนด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 2.19, S.D. = 0.51) และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver เมื่อพิจารณาเป็นรายการ พบว่า ด้านสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ประคบความร้อนและความเย็นที่ข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = 0.67) ส่วนด้านความสามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.57) ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

โรคข้อเข่าเสื่อม ของ Caregiver โดยก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาเป็นรายการก่อนการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver พบว่า ด้านพูดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.29, S.D. = 0.78) ส่วนกิจกรรมดูแลการประคบความร้อนและความเย็นที่ข้อเข่าของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 1.57, S.D. = 0.68) และหลังการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ Caregiver พบว่า ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมตามการรักษาของแพทย์ ค่าเฉลี่ยมากสุด ($\bar{X}$ = 2.81, S.D. = 0.81) ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุไม่ให้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}$ = 2.48, S.D. = 0.75) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสมรรถนะของ Caregiver
ได้แก่การรับรู้ความตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรม Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีกิจกรรมที่ Caregiver คัดกรองผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบสอบถาม Oxford Knee Score ประชุม/อบรม Caregiver การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการทำสมุนไพรพอกเข่า ให้ความรู้เรื่อง อาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การทำกายภาพข้อเข่า การให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการประคบสมุนไพรพอกเข่า[4,6]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ในชุมชนครั้งต่อไป ควรปรับเกณฑ์การคัดเลือก Caregiver ในการเข้ารับการพัฒนาศักยภาพทั้งทางด้านความรู้และทักษะการให้บริการผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมให้กว้างมากขึ้น เนื่องจากในงานวิจัยนี้พบว่า จำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง มีสัดส่วน 1 : 2 ของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อมเพิ่มศักยภาพการรับรู้ความตามความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย จาก Caregiver ตำบลบ้านเดื่อ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย, ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุในตำบลบ้านเดื่อ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1.ณัฐนาฏ ไชยศิริ. (2533). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึ้เสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
2.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ : สถาบันวิยสาธารณสุขไทย
3.นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ในการประชุมวิชาการผู้สูงอายุสู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
4.Wood, F. G. The meaning of caregiving. Rehabilitation Nursing 1991; 16: 195-198
5.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ. สถิติการคัดกรองภาวะสุขภาพประชากร. อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. 2566.
6.อารีวรรณ คุณเจตต์. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนทบุรี[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน].]. ชลบุรี. มหาวิยาลัยบูรพา; 2544.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

DEVELOPMENT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM TO REDUCE WEIGHT AND REDUCE WAIST CIRCUMFERENCE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY KAIBOKWHAN HEALTH PROMOTING HOSPITAL MUANG DISTRICT NONGKAI PROVINCE.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

สิริยุพิน แสนยาพิทักษ์[1] ลกช พิริยะ[1] วิไลพร แก้วฝ่าย[1]
Siriyupin Saenyapitak[1], Lokch Piriya[1], Wilaiporn Kaewfai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purpusive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 32 คน เก็บข้อมูลจากเครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว และ แบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการศึกษา พบว่า น้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง มีน้ำหนัก (M=61.03, SD=6.88) และรอบเอว (M=84.09, SD=4.67) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (M=63.42, SD=6.57), (M=88.37, SD=5.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p< .001)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

Abstract

This research was action research. The objective of this research is to develop a self-management model to reduce weight and waist circumference of overweight and obese village health volunteers at Khai Bok Wan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Nong Khai Province. The sample group was overweight and obese village health volunteers. Purpusive sampling was used to select 32 people. Data were collected from a scale, waist circumference measuring tape, and daily behavior record form. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results of the study found that the weight of the village health volunteers who were overweight and obese after receiving the self-management model development had a lower weight (M=61.03, SD=6.88) and waist circumference (M=84.09, SD=4.67) than before joining the project (M=63.42, SD=6.57), (M=88.37, SD=5.04) with statistical significance at the .05 level (p< .001).

Keywords: Self-management, Village health volunteers, Overweight and obesity

บทนำ

ปัจจุบันทุกภาคส่วนยอมรับว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้กลายเป็นภัยเงียบที่คุกคามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก มีการประมาณกันว่า มีประชากรอยู่ครึ่งโลกที่กำลังมีปัญหาน้ำหนักเกิน[1] การสำรวจความชุกสุขภาพ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2547 ถึง 2552 ผู้ชายมีภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มจากร้อยละ .4 เป็นร้อยละ 18.6 ส่วนหญิงเพิ่มจากร้อยละ 36.1 เป็นร้อยละ 45 และพบว่ากลุ่มอายุ 45-60 ปี มีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 23 ในผู้ชาย และร้อยละ 55 ในผู้หญิง[2] ซึ่งสาเหตุความอ้วนในปัจจุบันเกิดจากพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคม มีผลให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ รับประทานอาหารเกินความต้องการ ของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น จากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลให้เกิดปัญหาโภชนาการเกิน เป็นปัญหาสำคัญนำไปสู่ภาวะอ้วน อ้วนลงพุง และภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตผิดปกติ หลอดเลือดแดงแข็งตีบและอุดตัน ภาวะน้ำหนักเกินนี้หากเกิดกับคนในวัยทำงาน ย่อมไม่ใช่ทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิตเท่านั้น หากยังทำให้ประเทศชาติขาดกำลังบุคลากรที่เป็นพลังขับเคลื่อนความก้าวหน้าและยังทำให้เกิดความสิ้นเปลืองจากการรักษาอันเป็นปัญหาต่อเนื่องทางเศรษฐกิจ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายคนไทยไร้พุงได้สนับสนุนสื่อ คู่มือ และรูปแบบการกินอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อลดอ้วน และลดพุง ออกมาเป็นระยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวานมีการจัดตั้ง/ดำเนินงานองค์กรไร้พุง ภายใต้โครงการออกแฮงแยงคึงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยมีสมาชิกในองค์กรคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 7 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน จำนวน 118 คน ทั้งหมดได้ชั่งน้ำหนัก วัด BMI และวัดรอบเอวไว้ทุกปี ทำให้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ในปี 2564 มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 36.44 เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.33 ของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ปี 2565 มีอาสาสมัครสาธารณสุขมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 40.68 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.08 แม้ว่าในปี 2566 อาสาสมัครสาธารณสุขมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 46 คนซึ่งลดลงจากปี 2565 แต่กลับพบว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 จึงเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มนี้ยังมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลสำเร็จในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มากเกินความต้องการของร่างกาย ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างลดน้ำหนักได้สำเร็จได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับทัศนคติ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การมีความสุขขณะทำการลดน้ำหนัก ความเชื่อมั่นต่อตนเอง ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ความสม่ำเสมอจนเป็นวิถีชีวิต จึงจะทำให้ลดความอ้วนได้สำเร็จ[3] การใช้แนวคิดทฤษฎีในการสร้างโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยควบคุมพฤติกรรมส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลหรือช่วยลดน้ำหนักได้ การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ใช้อินซูลินพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) และการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[4] และการศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าสามารถเพิ่มระดับ

พฤติกรรมการจัดการตนเองได้ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และลดระดับดัชนีมวลกาย ลดเส้นรอบเอว ลดระดับน้ำตาลในเลือดในบุคลากรที่มีภาวะอ้วนได้[5]

นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นงานวิจัยที่แสวงหาวิธีแก้ปัญหาด้วยกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบโดยใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนการปฏิบัติ เพื่อปรับแผนการปฏิบัติเข้าวงจรใหม่ วงจรปฏิบัติจะสิ้นสุดลงเมื่อผู้วิจัยสามารถแก้ปัญหาได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ ได้ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] จากประเด็นดังกล่าวเห็นได้ว่าการลดน้ำหนัก และการลดรอบเอวต้องอาศัยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเป็นสำคัญ หากมีการใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองร่วมกับแนวคิดเชิงปฏิบัติการย่อมทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปฏิบัติสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจ ควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับเพื่อไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้เกิดประโยชน์และลดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนัก และรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 24 สัปดาห์ อาสามสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองมีน้ำหนัก และรอบเอวลดลง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์บางส่วนมาประยุกต์ใช้กับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีการของการวิจัยปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (spiral of self-reflection) เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยกิจกรรมแบ่งออกเป็น 2 Phase ซึ่งในแต่ละ Phase ใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ(Act) การสังเกต (Observe) และสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อปรับแผนการปฏิบัติเข้าวงจรใหม่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purpusive sampling) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

และอ้วน (BMI 23 - 30 Kg/m^2) 2) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ใช้แอพลิเคชันไลน์ได้ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) กำลังตั้งครรภ์ ณ วันที่เริ่มการวิจัย 2) ได้รับบาดเจ็บหรือมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ณ วันที่เริ่มการวิจัย 3) มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวได้แก่โรคเบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์และพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ 4) มีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยาเฉพาะไม่สามารถควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายตามโปรแกรมที่กำหนดได้ ได้แก่โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคมะเร็ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากอาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนและเป็นไปตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ
- แบบบันทึกน้ำหนัก รอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย

- แผนการจัดกิจกรรมจากการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักและลดรอบเอว
- เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว โดยผู้วิจัยควบคุมความเที่ยงของการวัดด้วยเครื่องมือทั้ง 2 ชิ้นโดยการใช้เครื่องมือเดิมและ ผู้วัดคนเดิมในการวัดทั้ง 3 ครั้ง
- แบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน ปรับปรุงจากการประเมินตนเองเรื่องพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกายและอารมณ์[7]
- โทรศัพท์สมาร์ทโฟนและติดตั้งแอปพลิเคชันLINE

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่แผนการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน แนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยวิธีควบคุมน้ำหนัก แบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน แบบบันทึกน้ำหนัก รอบเอว ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง รวมถึงความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำรพ.สต.ที่รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นควรให้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจึงทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทดลองใช้ 3 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของขนาดตัวหนังสือ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ (Accuracy and precision)

เครื่องมือที่ใช้ชั่งน้ำหนัก ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล ยี่ห้อ Ts-cale ส่งตรวจสอบค่าความแม่นยำของเครื่องมือที่โรงพยาบาลหนองคาย โดยบริษัท 9 SIAM MEDICAL CO.,LTD วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับหนังสือจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนำงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับการ

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการพัฒนา ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1.ผู้วิจัยค้นหาอาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อไป

2.จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

3.เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดกิจกรรม ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนมีความเข้าใจในแผนการจัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักและลดรอบเอว เป็นอย่างดี ผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้วิจัยเก็บข้อมูล และจัดกิจกรรม โดยผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ช่วยดำเนินกิจกรรม กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นขณะจัดกิจกรรม สาธิตการเลือกรับประทานอาหารในการลดน้ำหนัก สามารถสอนการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ช่วยวิจัยดำเนินกิจกรรม สาธิตการออกกำลังกายเพื่อกระชับรูปร่างและเพื่อลดน้ำหนักอย่างถูกวิธี

4. ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 24 ตามลำดับ และแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 Phase ดังนี้

Phase 1 (สัปดาห์ที่ 1- 4) มีกิจกรรมดังนี้

การวางแผน (Plan)

1.ชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการจัดกิจกรรมพัฒนาการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง จัดกิจกรรมทบทวนความรู้เดิมและเพิ่มเติมความรู้ใหม่ที่ถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก เพื่อประเมินความรู้และให้ข้อมูลเสริมเรื่องโรคอ้วน แนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยวิธีควบคุมน้ำหนัก โดยการจัดการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากนั้นแบ่งกิจกรรมเป็น 2 ฐาน โดยฐานที่ 1 คือฐานโภชนาการกับการลดน้ำหนัก มีการอธิบายอาหารที่ควรรับประทาน สอนวิธีคำนวณแคลอรีที่เหมาะสม รวมถึงการสาธิตอาหารตัวอย่าง และฐานที่ 2 คือฐานออกกำลังกายให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายกระชับหุ่น แนวทางเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล จากนั้นรวมกลุ่มเพื่ออธิบายการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน

2.แจ้งตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอวเป็นค่าตั้งต้น

การปฏิบัติตามแผน (Act)

ปฏิบัติตามกิจกรรมที่วางแผนไว้โดยใช้กระบวนการการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมรายวันเป็นตัวช่วยในการควบคุมและติดตามตนเอง และการให้เสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement)

การสังเกตและบันทึกผล (Observe)

นัดวัดผลของน้ำหนักและรอบเอวในสัปดาห์ที่ 4 ลงบันทึกในแบบแบบบันทึกน้ำหนัก รอบเอว

การสะท้อนผล (Reflect)

ติดตามการลงบันทึกพฤติกรรมรายวัน เปรียบเทียบผลน้ำหนัก และรอบเอวจากสัปดาห์แรก ร่วมสะท้อนผลดังกล่าวและสะท้อนความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดหาแนวทางให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่องร่วมกันเมื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ จึงนำเข้าสู่กระบานการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งใน Phase 2 (สัปดาห์ที่ 5-24)

Phase 2 (สัปดาห์ที่ 5-24) มีกิจกรรมดังนี้

การวางแผน (Re Plan)

ตั้งเป้าหมายใหม่ (Goal setting) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังระดมความคิดจากการประชุมกลุ่มเมื่อสิ้นสุด phase 1

การปฏิบัติตามแผน (Act)

ปฏิบัติตามกิจกรรมที่วางแผนไว้โดยใช้กระบวนการการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมรายวันเป็นตัวช่วยในการควบคุมและติดตามตนเอง และการให้เสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) โดยการใช้แอปพลิเคชั่นไลน์กลุ่มชื่อลดอ้วน ลดพุง ค่ายบกหวาน เพื่อกระตุ้นเตือนความอยากลดน้ำหนัก และให้คำแนะนำ/ปรึกษากันในกลุ่ม

การสังเกตและบันทึกผล (Observe)

สังเกตตนเองและบันทึกผลน้ำหนัก รอบเอว เพื่อประเมินว่าลดลงหรือไม่ในสัปดาห์ที่24

การสะท้อนผล (Reflect)

สะท้อนผลการลดน้ำและลดรอบเอวจากเป้าหมายที่ตั้งไว้

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบน้ำหนักและรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA NO. NKPH099 รับรองเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา :

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 52.97 ปี (SD=5.40) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.31 Kg/m2 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.1) ระดับการศึกษาในพบว่าจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 50) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,000 บาท (SD=6594.23)

2. ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักและรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหลังเข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักและรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหลังเข้าร่วมโครงการ 24 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก (M=61.03, SD=6.88) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (M=63.42, SD=6.57) และมีรอบเอว (M=84.09, SD=4.67) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (M=88.37, SD=5.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p< .001) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักและรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหลังเข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ (n=32)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t-test	*p*-value
	M	SD	M	SD		
น้ำหนัก	63.42	6.57	61.03	6.88	9.22	0.000
รอบเอว	88.37	5.04	84.09	4.67	9.21	0.000

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานที่กำหนด รายละเอียดดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 24 สัปดาห์ อาสามสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองมีน้ำหนัก และรอบเอวลดลง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง มีน้ำหนัก (M=61.03, SD=6.88) และรอบเอว (M=84.09, SD=4.67) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (M=63.42, SD=6.57), (M=88.37, SD=5.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง โดยนำแนวคิดของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์บางส่วนมาใช้ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดวงจรการพัฒนา ซึ่งแนวคิดของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ที่นำมาใช้คือ ขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) และขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) โดยขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมรายวัน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ตามหลัก 3 อ 2 ส เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงพฤติกรรมที่ควรทำในแต่ละวัน และขั้นตอนขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) เป็นการแก้ไขปัญหาร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างให้เกิดมีแอปพลิเคชั่นไลน์เพื่อส่งข้อมูลให้แก่เพื่อนในกลุ่มอีกทั้งเป็นการเสริมแรงให้ตนเองคิดเมนูอาหารและชวนเพื่อนเพื่อนออกกำลังกายผ่านกระบวนการนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติและคณะ[5] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและ แบบบันทึกพฤติกรรมการกำกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา บุญธนาพิศาน[8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$)

ขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) และขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement)ในแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์จะอยู่ในวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีกระบวนการอยู่ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ(Act) การสังเกต (Observe) และสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re plan) เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างแยกย้ายไปทำกิจกรรมในphase 1 แล้วพบการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักและลดรอบเอวไว้สูงเกินไปจนทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากที่ทำเพราะคิดว่าทำไม่ไหว อีกทั้งบางครั้ง บางคน ขาดแรงเสริมกระตุ้นเตือนตนเองจนเกิดการคิดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อสื่อสารและสนทนากัน

ในกลุ่มเกิด Re plan เข้าสู่กิจกรรมใน phase 2 จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนควรมีการศึกษาหรือติดตามผลในระยะยาวขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก และรอบเอว อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ใช้ได้ผลดีกับประชาชกรกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นควรพัฒนาไปใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายคนไทยไร้พุง. (2553). เกี่ยวกับเครือข่ายคนไทยไร้พุง. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.raipoong.com/history.html
2. พัชญา บุญชยาอนันต์ และ ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ. (2558). คู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน. สมุทรสาคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
3. ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์ และอูน ตะสิงห์. (2564) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนักของผู้มีภาวะอ้วน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 30: 614-622.
4. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และสุนีย์ ละกำปั่น. (2562) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ใช้อินซูลิน. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima. 25: 87 – 103.
5. เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ กาญจนา พิบูลย์. (2563) ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. บูรพาเวชสาร 7: 23 – 38.
6. นิภาพร โพธิราช.(2562) วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1.วิยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, คุรุศาสตร์, สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554) คู่มือการดำเนินงาน โครงการหมู่บ้าน/ชุมชน ลดหวาน มัน เค็ม ลดอ้วน ลดโรค. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
8. เนตรนภา บุญธนาพิศาน.(2564) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วิยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ

Study of the System on Adverse Drug Reaction Monitoring in Sikhoraphum Hospital.

(Received: October 3,2024 ; Revised: October 14,2024 ; Accepted: October 16,2024)

ทนงศักดิ์ สมัครสมาน[1]
Thanongsak Samaksaman[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยวิธีการศึกษาย้อนหลังการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2566 จำนวน 1,848 เวชระเบียน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ด้วยการติดตามผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 50 คน โดยมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด 2) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา 3) ส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ และ 4) ติดตามการสั่งใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังศึกษาโดยสถิติ paired t-test.

ผลการศึกษา: สถานการณ์ของการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาย้อนหลัง พบรายงานการเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) จำนวน 1848 รายงาน เป็นการแพ้ยาระดับร้ายแรง ร้อยละ 16.39 (303 รายงาน) พบอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำหลังได้รับการวินิจฉัยแล้ว 6 ราย ซึ่งมีสาเหตุมาจากความรู้การป้องกันแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย และระบบของโรงพยาบาล หลังติดตามผู้ป่วย 50 ราย พบความไม่สมบูรณ์ในการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยาในเวชระเบียนผู้ป่วย ดังนี้ ไม่ส่งข้อมูลแพ้ยาไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 22 และ ผู้ป่วยทำบัตรแพ้ยาหาย ร้อยละ 18 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีความพึงพอใจต่อระบบติดตามการแพ้ยาระดับมากที่สุด (Mean ± SD: 4.78±0.41) โดยเฉพาะในเรื่องการติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์ และการส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ระบบติดตาม

Abstract

This study was action research aimed to study the situation an adverse drug reaction, and study the system on adverse drug reaction monitoring in Sikhoraphum hospital. This research were 2 steps in the operation: The first phase was to study the situation and problems of the adverse drug reaction monitoring, using a retrospective study in patients who received services at Sikhoraphum hospital from October 2018 to September 2023, 1,848 medical records. The second phase was study the system on adverse drug reaction monitoring, 50 of outpatients. 4 steps in the system including 1) closed monitoring 2) review knowledge 3) line notification and 4) management. The data were analyzed using descriptive statistics. Comparing the knowledge before and after using paired t-test.

Results: The situation of a retrospective study found 1848 cases were cutaneous ADRs. Serious ADRs was 16.39 percent (303 cases). 6 cases of re-exposure drug that have history of ADRs, caused by the knowledge of their own patients, and caused by Sikhoraphum hospital. After following up 50 patients, it was found that there was incomplete medical records of adverse drug reactions, as follows: 22% was not sending drug allergy information to the subdistrict health promotion hospital and 18% lost their drug allergy cards. Patients' had knowledge increased significantly ($p<0.001$) and were most satisfied with the drug allergy monitoring (Mean ± SD: 4.78±0.41), especially in review knowledge by telepharmacy and line notification for adverse drug reactions.

Keywords: Adverse Drug Reaction, Monitoring,

[1] **โรงพยาบาลศีขรภูมิ**

บทนำ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction: ADR) ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดจากการใช้ในขนาดปกติเพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือบำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกายมนุษย์ แต่ไม่รวมถึงการใช้ในขนาดสูงจากอุบัติเหตุ หรือจงใจ หรือการใช้ในทางที่ผิด [1] ซึ่งบทบาทหลักของเภสัชกรในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานั้นจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และรวบรวมรายงานที่เกิดขึ้น[2] จากผลการศึกษาข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Hakkarainen และคณะพบว่าข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่นำมาศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่เป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 52 และ 45 ตามลำดับ [3] ดังนั้นควรมีวางระบบเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผลการประเมินแพ้ยาระดับใช่แน่นอน หรือ มีอาการแพ้ยารุนแรง นำข้อมูลมาค้นหาเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ เกิดการวิเคราะห์ และทบทวน ส่งต่อข้อมูล ADR ไปสู่การจัดการ หรือกำหนดแนวทางในเชิงระบบทั้งในส่วนของวิชาชีพเภสัชกรและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบการจัดการที่เข้มแข็ง ให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดการแพ้ยาซ้ำ หรือลดความรุนแรงจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ [4] การนำข้อมูลอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในองค์กรมาวิเคราะห์ แยกประเภทของข้อมูล ค้นหาสาเหตุที่ป้องกันได้ เพื่อทบทวนหาโอกาสพัฒนา และปรับปรุงการวางระบบให้ดียิ่งขึ้น จะทำให้การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยามีความเข้มแข็ง และลดความเสี่ยงด้านการใช้ยาลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นได้ [5]

ผลการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 พบรายงาน ADR 544, 224 และ 303 รายงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลศีขรภูมิได้เล็งเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าวจึงได้มีการวางระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปัญหาไว้เบื้องต้นแล้ว แต่ยังพบปัญหาหลายๆ ด้าน ดังนี้ 1) ยังไม่เคยมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อวางระบบเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2) ขาดการติดตามอย่างใกล้ชิดหลังการประเมินโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผลการประเมินแพ้ยาระดับใช่แน่นอน หรือ มีอาการแพ้ยารุนแรง 3) ขาดการทบทวนความรู้ผู้ป่วยหลังจากการประเมิน 4) ขาดการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบแจ้งเตือนแพ้ยา 5) การลงข้อมูลยังไม่ครอบคลุม และระบุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่เป็นสากล ดังนั้นเพื่อตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมในการตรวจสอบและเฝ้าระวังอาการไม่ถึงประสงค์จากการใช้ยา จึงสนใจศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาและเกิดประโยชน์จากการใช้ยาให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถาณการณ์การเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ

2. เพื่อศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม 2567 โดยทบทวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2566 และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยา ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ที่มารับบริการแบบ

ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศีขรภูมิ ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศีขรภูมิ ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis [6] ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.90 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า 1) ผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 3) หรือ ผลการประเมิน Naranjo's algorithm พบความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์ระดับใช่แน่ (definite) 4) หรือ มีอาการแพ้ยารุนแรง เช่น Fixed drug eruption, Anaphylaxis shock, Steven Johnson's syndrome, Dress syndrome และ Toxic epidermal necrolysis

เกณฑ์ในการคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจากสถานพยาบาลอื่นแต่ไม่แจ้งประวัติ กับทางโรงพยาบาลศีขรภูมิ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือในการวิจัย

1. ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยแพ้ยาจากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลศีขรภูมิ

2. สมุดบันทึกการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโรงพยาบาลศีขรภูมิ

3. แบบฟอร์ม Naranjo' s algolithm ใช้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา ประกอบด้วย 5 คำถาม ได้แก่ ชื่อยาที่แพ้ ข้อบ่งชี้ของยา อาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยามาก

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด 2 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 3 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 4 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 5 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รวมคะแนนทั้งหมดเพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถาณการณ์การเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโรงพยาบาลศีขรภูมิ จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 ในผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

ขั้นตอนที่ 2 ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาตามกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567 ตามแนวทาง ดังนี้

1. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด (Closed monitoring) ในกลุ่มแพ้ยาระดับใช่แน่นอน หรือ แพ้ยารุนแรง ด้วยการตรวจสอบข้อมูลดังนี้ 1) การบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาล 2) การบันทึกข้อมูลแจ้งเตือน

ในระบบในผู้ป่วยที่แพ้ยา 3) การลงข้อมูลในสมุดบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือบัตรแพ้ยาให้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา (Review knowledge) เรื่อง ชื่อยาที่แพ้ ข้อบ่งชี้ของยา อาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์หลังให้ความรู้ 1 เดือน

3. ส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ (Line notification)

4. ติดตามการสั่งใช้ (Management) ตรวจสอบรายการยาและสอบถามประวัติแพ้ยาก่อนจ่าย

ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. ตรวจจับ/คัดกรอง **(Detection)** อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. การประเมิน **(Assessment)** ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สืบค้นประวัติ

3. การบันทึกข้อมูลครบถ้วน **(Recording)** สรุปย่อในโปรแกรม HosXP ตามแนวทางการลงข้อมูลประเมินผู้ป่วยที่สงสัยแพ้ยาเป็นมาตรฐานเดียวกัน

4. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด **(Closed monitoring)** ในกลุ่มแพ้ยาระดับใช่แน่นอน หรือ แพ้ยารุนแรง
- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาล
- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแจ้งเตือนในระบบในผู้ป่วยที่แพ้ยา
- ตรวจสอบการลงข้อมูลในสมุดบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือบัตรแพ้ยา

5. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา **(Review knowledge)** ในเรื่อง ชื่อยาที่แพ้ ข้อบ่งชี้ของยา อาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์หลังให้ความรู้ 1-2 เดือน

6. ส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ **(Line notification)**

7. ติดตามการสั่งใช้ **(Management)** ตรวจสอบรายการยาและสอบถามประวัติแพ้ยาก่อนจ่ายยา

ผลการศึกษา

สถาณการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
(ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2566)
- จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ
- จำนวนผู้ป่วยที่เกิด ADR

ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด
(สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง กันยายน 2567)
- ความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา
- ความพึงพอใจต่อระบบติดตาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โดยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

2. ผู้วิจัยค้นหาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยจากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลศีขรภูมิ วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก

3. ส่งหนังสือประชาสัมพันธ์เชิญเข้าร่วมการวิจัยโดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา

4. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ที่สนใจที่งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และลงลายมือเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

5. ดำเนินการตามแนวทางระบบเฝ้าระวังติดตาม รายงานและป้องกันการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction, ADR) ที่วางไว้

6. ติดตาม รวบรวม เก็บบันทึก ประเมินและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาของผู้ป่วย ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรรม การจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 43/2567

ผลการวิจัย

1. สถาณการณ์การเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 พบรายงานการเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) จำนวน 1848 รายงาน ผู้ป่วยที่เกิด ADR type B (Allergy) จำนวน 1078 รายงาน ผู้ป่วยที่เกิด ADR type A (Side effect) จำนวน 770 รายงาน จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 6 รายงาน

ส่วนใหญ่รายงานจากงานบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 64.29 สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง ร้อยละ 47.19 พบว่าแพ้ยา ร้อยละ 47.67 และเป็นการแพ้ยาระดับร้ายแรง ร้อยละ 16.39 (303 รายงาน) ยาที่มักก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง 5 อันดับ ได้แก่ Metformin, Penicillin, Ceftriaxone, Ibuprofen และ Co-Trimoxazole ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์แพ้ยารุนแรง 5 อันดับ ได้แก่ Metformin-associated lactic acidosis (MALA), Anaphylaxis shock, Angioedma Steven jonhson's syndrom และ Anaphylaxis

ปี 2561 พบแพ้ยาซ้ำ 3 ราย 2 ราย ไม่บันทึกประวัติแพ้ยาในระบบจึงไม่สามารถประเมินได้ว่าเป็นการแพ้ยาซ้ำจากในหรือนอกระบบโรงพยาบาล 1 ราย แพ้ Tramadol อาการ MP rash มีอาการแพ้ยาซ้ำไม่ร้ายแรง เนื่องจากผู้ป่วยเคยได้ Tramadol แล้วมีอาการแพ้แบบผื่นปี 2558 เภสัชกรมอบบัตรแพ้ยาแล้ว แต่คนไข้ทำหาย จึงไปแพ้ยาซ้ำที่คลินิก ซึ่งเภสัชกรได้ออกบัตรแพ้ยาให้ใหม่ปรับระดับจาก Probable เป็น Certain

ปี 2562 พบแพ้ยาซ้ำ 2 ราย แพ้ Dimenhydrinate มีอาการ Pruritis และ Fixed drug eruption ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายแรกหลังฉีด Dimenhydrinate ที่คลินิกคันทั่วตัว ไม่มีผื่น และหลังจากนั้นตอนเช้า กิน Dimenhydrinate อีก 1 เม็ดผื่นคันมากกว่าเดิม รายที่สองแพ้ยาซ้ำเพราะซื้อยาชุดจากคลินิก จำชื่อยาที่เคยแพ้ไม่ได้ (เคยมีบัตรแพ้ยาแล้วแต่ทำหาย)

ปี 2564 พบแพ้ยาซ้ำ 2 ราย แพ้ Dimenhydrinate มีอาการ Steven johnson syndrome ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุเกิดจาก เคยมีประวัติและบัตรแพ้ยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งตอนไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ว่ามีประวัติแพ้ยา

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาสาเหตุ พบว่าในด้านผู้ป่วยควรเพิ่มความตระหนักรู้เน้นย้ำเรื่องการแพ้ยา ความสำคัญของการพกบัตรแพ้ยา การจำชื่อยาที่แพ้ และการระวังการซื้อยาหรือรับยาจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่มีข้อมูลการแพ้ยา ในเชิงระบบของโรงพยาบาลได้รายงานข้อมูลการแพ้ยาซ้ำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อช่วยกันเฝ้าระวัง และเริ่มดำเนินการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาไปยัง รพ.สต. เพื่อให้ทราบข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้เป็นระบบมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาหลายๆ ด้าน ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยนอกยังมีผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาที่ไม่ได้บันทึกข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร
2. การบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน
3. การลงข้อมูลในสมุดบันทึกการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยายังไม่ครอบคลุม
4. การส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาไปยัง รพ.สต. และการส่งต่อข้อมูลระหว่างงานผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกยังไม่ครอบคลุม
5. การรายงานข้อมูลในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังเป็นการรายงาน ADR type B และเป็นการรายงานจากกรณีแพทย์ให้รายงานข้อมูลแก่เภสัชกรเท่านั้น ยังขาดการค้นหาเชิงรุก
6. ยังไม่เคยนำรายงานข้อมูลอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาทบทวน ปรับระบบการทำงาน

ดังนั้นเพื่อตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้เกิดความชัดเจนและเป็นไปแนวทางเดียวกันและแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาและเกิดประโยชน์จากการใช้ยาให้มากที่สุด

2. ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย เพศหญิงร้อยละ 56 เพศชายร้อยละ 44 อายุเฉลี่ย 44.62 ± 6.42 ปี ยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่เป็น Co-Trimoxazole ร้อยละ 16 Ceftriaxone ร้อยละ 12 Isoniazid ร้อยละ 8 Allopurinol ร้อยละ 8 และ Piroxicam ร้อยละ 8 ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์แพ้ยาที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ Steven Johnson's Syndrome ร้อยละ 24 Fixed drug eruption ร้อยละ 22 Dress syndrome ร้อยละ 20 Anaphylactoid reaction ร้อยละ 16 เป็นผู้ป่วยที่เคยใช้ยาซ้ำ ร้อยละ 4.08 (2 ราย)

จากการทบทวนเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ส่งข้อมูลแพ้ยาไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 22 ผู้ป่วยทำบัตรแพ้ยาหาย ร้อยละ 18 และ ไม่ระบุชื่อยาภาษาไทยในบัตรแพ้ยา ร้อยละ 14

ความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา

เมื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาและติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์หลังให้ความรู้ 1 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่อง ชื่อยาที่แพ้ ข้อบ่งชี้ของยา อาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ความพึงพอใจ

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบติดตามการแพ้ยาระดับมากที่สุด (Mean ± SD: 4.78±0.41) โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ดังนี้ การติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์ (Mean ± SD: 4.76±0.43) การส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ (Mean ± SD: 4.64±0.48)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ เป็นส่วนหนึ่ง ของการออกแบบการทำงานเพื่อเพิ่มความ

ตระหนักรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการแพ้ยา จากการวิเคราะห์สถาณการณ์การแพ้ยาซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ เรื่องการแพ้ยา ความสำคัญของการพกบัตรแพ้ยา การจำชื่อยาที่แพ้ และการระวังการซื้อยาหรือรับยาจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่มีข้อมูลการแพ้ยา จึงมีการพัฒนาระบบติดตาม ดังนี้ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา ส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ และ ติดตามการสั่งใช้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบติดตามการแพ้ยาระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการติดตามประเมินความรู้ทางโทรศัพท์ และการส่งข้อความแจ้งเตือนการแพ้ยาทางแอปพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งเป็นการแจ้งเตือนข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเด่นของการศึกษานี้ที่แตกต่างจากหลายการศึกษา ที่จะเน้นแค่พัฒนาระบบบันทึกแจ้งเตือนในโรงพยาบาลด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกแจ้งเตือนแพทย์ เภสัชกร[7] หรือ การสร้างเครื่องมือการรายงานและติดตามอาการ ADR สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[8] หรือการสร้างเครือข่าย อสม. การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของยาบางตัว[9] สำหรับการพัฒนาระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงแพ้ยารุนแรงและติดตามใกล้ชิดสร้างความตระหนักรู้ และมีเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาที่แพ้อย่างครบถ้วน และบัตรเตือน เรื่องยา กรณีที่ยามีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง จะช่วยทำให้ได้ผู้ป่วยปลอดภัยด้านยาที่มากขึ้น ผู้ป่วยไม่แพ้ยาซ้ำ[10] ซึ่งการศึกษานี้ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เรื่องการแพ้ยา มีเครื่องมือแจ้งเตือนที่นอกเหนือจากบัตรแพ้ยา คือ การมีข้อความเตือนแพ้ยา และผู้ป่วยได้รับเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ทำให้ระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม รายงานและป้องกันการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชัดเจน และเป็นไปตามทิศทางเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจำเป็นต้องมีการวางระบบการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ ต้องมีการติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้วางแนวทางจัดการร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล [11] สร้างการตรวจจับสัญญาณความเสี่ยงจากการใช้ยาให้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา และติดตามหลังจากการใช้ยา เพื่อป้องกันเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาซ้ำ[4] ที่สำคัญเภสัชกรที่จะทำหน้าที่เป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลควรมีองค์ความรู้ที่จำเป็นในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และประสานงานผลักดันให้เกิดการดำเนินงานตามระบบที่วางไว้ โดยเป็นผู้ประสานงานการทำงานกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงข้อมูลไปยังทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้น ควรเน้นให้บุคลากรทางการแพทย์แจ้งข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ในลักษณะของ Non-Immune Hypersensitivity เพิ่มมากขึ้น

2. คณะทำงานนำเสนอข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลผ่านช่องทางต่างๆ ให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบเป็นระยะ เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเพิ่มความระมัดระวังในการสั่งใช้ยา

3. ควรมีการพัฒนาทักษะของเภสัชกรทุกคนให้สามารถประเมิน ADR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรส่งเสริมให้เภสัชกรเข้ารับการอบรม เรื่องการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมิน ADR โดยหน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้มีประสบการณ์ในการวินิจฉัย ADR เพิ่มขึ้น

4. ควรมีการค้นหาการเกิด ADR ในเชิงรุก เช่น จาก Tracer agents หรือ Alerting order เช่น มีการหยุด ใช้ยาและมีการสั่งใช้ยา Hydroxyzine, Prednisolone, Dexamethasone ,Calamine lotion, Vitamim K injection, Chlorpheniranine

5. ควรมีการลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาที่มีโครงสร้างคล้ายกันกับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ที่อาจทำให้เกิดการแพ้ข้ามกลุ่มได้ในระบบคอมพิวเตอร์ด้วย โดยที่สามารถระบุได้ว่าคนไข้แพ้ยาตัวใดจริง

6. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการทบทวนทางคลินิกในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงและสามารถป้องกันได้ในหน่วยที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและนำเสนอผ่านสื่อของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้บุคลากรท่านอื่นเกิดความตระหนักและระมัดระวังในการปฏิบัติงาน

7. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการแพ้ยา และระบบแจ้งเตือนระหว่างสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จได้อย่างสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ รวมทั้งทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลศีขรภูมิ ที่อำนวยความสะดวกทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1.Schatz S, Weber RJ. Adverse drug reactions. Pharmacy Practice 2015;1(1):16-23.

2.ธิดา นิงสานนท์, จันทิมา โยธาพิทักษ์. ตรงประเด็นเรื่อง Adverse drug reaction. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2550.

3.Hakkarainen KM, Hedna K, Petzold M, Hägg S. Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions–a meta-analysis. PloS one 2012;7(3):e33236.

4.ภาสกร รัตนเดชสกุล, จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล. ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาด้วยข้อมูล ADR (Adverse Drug reaction) 2560 [cited 29 มิถุนายน 2567]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=312.

5.Lovborg H, Eriksson LR, Jonsson AK, Bradley T, Hagg S. A prospective analysis of the preventability of adverse drug reactions reported in Sweden. European journal of clinical pharmacology 2012;68:1183-9.

6.Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods 2007;39(2):175-91.

7.ธนัฏชา สองเมือง, อนัญญา สองเมือง. โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกแจ้งเตือนรายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติอาการไม่พึงประสงค์ ในงานบริการเภสัชกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(4):734-42.

8.รุ่งนภา กงวงษ์. การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องมือ web application TaWai For Health ในการรายงานและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2566;3(2):260-72.

9.สุธีพร แสงรัตน์, สีเป๊าะ และสมสา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานจังหวัดปัตตานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2566;3(3):77-94.

10.สันติ หวังกีรติกานต์, พัชฎาพร ชูเชิด. ผลการพัฒนาระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์. โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2549;21(3):13-22.

11.สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). ตรงประเด็นเรื่อง Adverse Drug Reaction. กรุงเทพมหานคร: ปรมัตถ์การพิมพ์; 2549.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with hemorrhagic stroke: 2 case studies.

(Received: September 28,2024 ; Revised: October 17,2024 ; Accepted: October 18,2024)

นงค์ลักษณ์ แก้วแจ่มดา[1]

Nongluk Kawjamda[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ให้การรักษาโดยไม่ผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว 15 คะแนน (E4V5M6) มีปริมาณเลือดออกในสมอง 39.9 มิลลิลิตร ไม่มีการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง มีภาวะสมองบวม ภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำรักษาแบบประคับประคองระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 คะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว 15 คะแนน (E4V5M6) ปริมาณเลือดออกในสมอง 5.1 มิลลิลิตร ไม่มีการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

This study's abstract aims at nursing stroke patients. Twenty-two case studies using Gorton's 11 healthcare paradigm to identify the problems and needs of patients. Lead the five-step nursing process.

Results: A comparative study of stroke patients hospitalized at Siranthorn Hospital, Khon Kaen, found that both patients were suffering from weak arms, speechless speech, and non-surgical treatment. Case 1 - Sense change score was 15 points. (E4V5M6) had 39.9 mL of cerebral hemorrhage, no movement of the mid-brain, cerebral edema, low blood potassium, 3-day hospital stay. In the case of 2nd case study, 15 points of sensory change (E4V5M6), cerebral hemorrhage 5. 1 milliliters, no movement of the central axis of the brain, no complications between treatment and hospital stay period of 6 days.

Keywords: Nursing care, hemorrhagic stroke

บทนำ

โรคเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณ 250,000–500,000 รายต่อปี ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการตลอดชีวิต[7] จากผลกระทบดังกล่าวสร้างความทุกข์ ทรมานแก่ผู้บาดเจ็บ และเป็นภาระของครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพต้องใช้ระยะเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก[9] จึงได้ทำการศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย” นำมาเปรียบเทียบ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กัน โดยใช้ความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจากการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้บรรเทาจากอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาสถิติข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มารับบริการในโรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี2563-2566 = 462, 377, 325 และ 471 รายตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 2563-2566 = 8, 6, 31 และ 25 ราย ตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ปี2563-2566= ร้อยละ 12.5,0,3.22และ 0 ตามลำดับ (อ้างอิงข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นปี 2566)[7] จากข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วย Hemorrhagic stroke จะมีจำนวนไม่มาก ร้อยละ20-25 ของผู้ป่วย Ischemic stroke เมื่อเกิดอาการจะมีความรุนแรงและเสียชีวิตได้ในทุกระยะโดยเฉพาะ 72 ชั่งโมงแรก พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม [4] โดยมี พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การพยาบาลเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่งโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยตลอดจนประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรวดเร็ว ปลอดภัย ลดภาวะความพิการ ลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อน คงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา

1.ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกย้อนหลัง 3 ปี

2 คัดเลือกผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในเดือน พฤษภาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 จำนวน 2 ราย

3 ทบทวนวรรณกรรมและค้นหาจากตำราที่เกี่ยวข้อง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

6. สรุปผลการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำนา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีสามีช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 – 25 พฤษภาคม 2566 รวมรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage Right Frontal Lobe

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำนา ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีสามีช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 – 26 กรกฎาคม 2566 รวมรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 64 ปี มีโรค ประจำตัวเป็นเบาหวานมา 12 ปี รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงมา 9 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ ปี 2566 ตรวจพบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ผู้ป่วยมีวางแผนเข้ารับการรักษาด้วย CABG มีนัดทำ Echo วันที่ 14 มิถุนายน 2566ที่โรงพยาบาลขอนแก่น 22 พฤษภาคม 2566 มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ญาตินำส่งโรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ และการส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น รักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น ชอบทานอาหารรสเค็ม	**แบบแผนสุขภาพ** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโนนศิลาไม่เคยขาดยา ทานยาสม่ำเสมอ 20 กรกฎาคม 2566 มีอาการชักเกร็งซีกขวา หลังชักมีอ่อนแรงแขนขาข้างขวา แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดสังเกตอาการร่วมกับทำกายภาพบำบัด ฟื้นฟูร่างกายสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ชอบทานอาหารรสเค็ม	**แบบแผนสุขภาพ** ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวที่เหมือนกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และยังมีแบบแผนสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านโภชนาการ ชอบทานอาหารรสเค็มด้านการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัว ในเรื่องการทานอาหาร การดูแลตัวเองการสังเกตุอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังเกิดอาการมาโรงพยาบาลช้ากว่ารายที่ 2 จึง ได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่ารายที่ 2 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มากกว่ารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพ **พยาธิสภาพ** มีอาการอ่อนแขนขาซีกซ้าย ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แรกรับ มีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 motor power แขนขาข้างขวา grade v แขนขาข้างซ้าย grade I Pupil 3 mm Reaction tolight Both Eyes	**แบบแผนสุขภาพ** **พยาธิสภาพ** มีอาการชักเกร็งซีกขวา หลังชักมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกขวาแรกรับ มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด E4V5M6 motor power แขนข้างขวา grade II ขาข้างขวา grade III แขนขาข้างซ้าย grade IV+	**แบบแผนสุขภาพ** **พยาธิสภาพ** อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีเลือดออก อาการเกิดขึ้นทันที บางรายอาการทางระบบประสาททรุดลงอย่างรวดเร็วตามความรุนแรงและจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ อาการบ่ง
แบบแผนสุขภาพ **พยาธิสภาพ** (ต่อ) สัญญาณชีพแรกรับ BT36.8 องศา เซลเซียส P114ครั้ง/นาที RR 26 ครั้ง/นาที BP112/70 mmHg on ออกซิเจน Canula 3 LPM O2 Sat 99% มีอาการหายใจหอบเหนื่อยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจการส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่นเลือกรักษาแบบประคับประคองประเมิน NIHSS = 9 คะแนน ไม่บ่นปวดศรีษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีชักเกร็ง ประเมินการกลืนผู้ป่วยไม่มีสำลัก ให้กิน	**แบบแผนสุขภาพ** **พยาธิสภาพ** (ต่อ) Pupil 2 mm Reaction to light Both Eyes ประเมิน NIHSS = 6 คะแนน on ออกซิเจน Room air O2 Sat 99%มีความดันโลหิตสูงร่วม ไม่มีชักเกร็งอีกผล CT Brain NC Acute intraparenchymal hemorrhage is suggested. - Small well-defined hypodense lesions at anterior and posterior	**แบบแผนสุขภาพ** **พยาธิสภาพ** (ต่อ) บอกคือ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดลำบาก สื่อสารไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบในโรคหลอดเลือดสมองอาการที่พบได้ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกคือปวดศีรษะรุนแรงขึ้นมาเฉียบพลัน มีอาการชักเกร็งโดยไม่เคยมีประวัติโรคลมชักมาก่อน คลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรง หรือหมดสติ วินิจฉัยยืนยันด้วยผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง[1] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการยืนยัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ทาง syringe ที่ละน้อย ผล CT Brain NC acute intraparenchymal hemorrhage at centrum semiovale of right frontal lobe -Brain edema ปริมาณเลือดออกในสมอง 39.9 ml	limb of left internal capsule are shownปริมาณเลือดออกในสมอง 5.1 ml	ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีเลือดออกในสมองตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีปริมาณเลือดที่ออกในสมองต่างกัน อาการที่คล้ายกันคือ มีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่วนรายที่ 2 มีชักเกร็งร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเกร็งมาก่อน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวที่เหมือนกันคือ ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่1 หลังเกิดอาการมาโรงพยาบาลช้ากว่ารายที่ 2 ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ารายที่ 1
<u>การรักษา</u> -รักษาแบบไม่ผ่าตัด -การรักษาแบบประคับประคอง ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ -การรักษาด้วยยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ -Manitol 200 mg IV drip in 30 min c stat than 100 mg IV drip in 30 min q 8 hr than 100 mg IV drip in 30 min q 12 hr × 2 day than 100 mg IV drip in 30 min OD	**<u>การรักษา</u>** -รักษาแบบไม่ผ่าตัด 20 ก.ค.66 -มีความดันโลหิตสูง รักษาด้วย Nicardipine (1:5) IV drip 3 ml/hr titrate/wean ทีละ 2 ml/hr q 15 min 21 ก.ค.66 -Off Nicardipine ได้ Keep BP < 140/90 mmHg	**<u>การรักษา</u>** แนวทางการรักษาตาม Care map for Hemorrhagic stroke (สถาบันประสาทวิทยา)[9] 1. Respiration (การหายใจ) ในผู้ป่วยที่มีระบบหายใจล้มเหลว หมดสติเสี่ยงต่อการสำลักควรใส่ท่อช่วยหายใจ 2. Blood pressure (ความดันโลหิต) เป้าหมาย - หลีกเลี่ยงภาวะ hypotension
<u>การรักษา(ต่อ)</u> -รักษาด้วยการให้ยากันชัก Keppra 2000 mg IV drip in 30 min c stat than 500 mg IV q 12 hr. × 7 day -Dexamethasone 12 mg IV stat Than 4 mg IV q 8 hr -รักษาด้วยการให้ยา Lasix 40 mg IV stat -การทำกายภาพบำบัด -25 พ.ค.66 -Refer back รพ.บ้านไผ่ -keppa 500 mg IV q 12 hr. × 7 day (11 dose)	**<u>การรักษา(ต่อ)</u>** -ควบคุมความดันโลหิต ด้วยการรักษาแบบยากิน -Amlodipine (10) 1 ×1 o pc c stat 25 ก.ค.67 -เริ่มการรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด 26 ก.ค.67 D/C -F/U Neuro sx. KKH + นำ CD CT Brain ไปด้วย <u>Home Medication</u> -Amlodipine (10) 1×1 o pc	**<u>การรักษา(ต่อ)</u>** - ควบคุมความดันโลหิต ≤ 140/90 mmHg -ยา Nicardipine แบบ IV drip 3. Temperature (อุณหภูมิ) ถ้ามีไข้ควรหาสาเหตุไข้ 4. Anticoagulant reversal (ให้ยาต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือด) 5. Antiepileptic drug (ยากันชัก) ในผู้ป่วยที่ชักควรให้ยากันชักทุกราย 6. Sedation and Analgesia พิจารณาให้เพื่อลดอาการปวด และกระสับกระส่าย (Agitation) ควรให้ขนาดยาน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น 8. การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดและรักษาให้ระดับน้ำตาล ในเลือดต่ำกว่า 180 mg / dl 9. Fluid and electrolyte พยายามอย่าให้เกิด Dehydration หรือ over hydration

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ได้รับการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีหายใจหอบเหนื่อยได้ ออกซิเจน canula 3 LPM ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับมีภาวะสมองบวม ได้ยาขับปัสสาวะ ได้ยากันชัก ผู้ป่วยไม่มีชักเกร็ง ความดันโลหิตและน้ำตาลอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีไข้ ไม่บ่นปวดหรือมีกระสับกระส่าย มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กินได้น้อย E4V5M6
		motor power แขนขาข้างขวา grade v แขนขาข้างซ้าย grade 0 Pupil 3 mm Reaction to light Both Eyes BI=20 คะแนน MRS=4 คะแนน NIHSS = 9 คะแนน สัญญาณชีพ BT37.7 องศาเซลเซียส P 120ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 104/61 mmHg On canula 3 LPM O2 sat 98 % นอนรักษาตัวใน รพ. นาน 3 วัน ส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความดันโลหิตสูง ได้ยาลดความดัน Nicardipine (1:5) IV drip try ween off ได้ ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีภาวะสมองบวม E4V5M6 motor power แขนข้างขวา grade IV ขาข้างขวา grade V แขนขาข้างซ้าย grade V Pupil 2 mm Reaction to light Both Eyes ประเมิน NIHSS = 2 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ BT36.8 องศาเซลเซียส P 88 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 135/74 mmHg BI=95 คะแนน MRS 2 คะแนนผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นอนรักษาตัวใน รพ. 6 วัน
<u>การพยาบาล</u> **<u>ระยะแรกรับ</u>** 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การ พยาบาลได้แก่ 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศาและไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์	**<u>การพยาบาล</u>** **<u>ระยะแรกรับ</u>** 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงพยาบาลได้แก่ 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศาและไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว	**<u>การพยาบาล</u>** **<u>ระยะแรกรับ</u>** ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ พยาบาลในระยะแรกรับอย่าง คลอบคลุม ซึ่งปัญหาสำคัญของ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)[8] จึงเน้นการติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sing of increased intracranial

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความ	2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์ 3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความ	pressure)[1] ได้อย่าง ครอบคลุมและสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที
ดันในช่องอกและช่องท้อง (valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรง ๆ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) 4.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ on ออกซิเจน Canula 3 LPM โดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดkeep ≥ 95% 5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ถ้ามีไข้ >37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้ 6. ประเมินอาการปวดศีรษะ ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายและได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 7. หลีกเลี่ยงการกดทับเส้นเลือดบริเวณคอ เช่น การใส่ hard collar	ดันในช่องอกและช่องท้อง (valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรง ๆ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายแบบ เกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) 4.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ on ออกซิเจน Canula 3 LPM โดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดkeep ≥ 95% 5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ถ้ามีไข้ >37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้ 6. ประเมินอาการปวดศีรษะ ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายและได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 7. หลีกเลี่ยงการกดทับเส้นเลือดบริเวณคอ เช่น การใส่ hard collar	
<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u> 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลได้แก่ ประเมินโดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep ≥ 95% โดยสังเกตสีผิว อุณหภูมิร่างกาย ความชื้นของผิวหนัง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว ดูแลให้ออกซิเจน canula 3 LPM ดูแล	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>** 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลได้แก่ ประเมินโดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep ≥ 95%โดยสังเกตสีผิว อุณหภูมิร่างกาย ความชื้นของผิวหนัง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียวโดยจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 หรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ดูแลศีรษะ ลำคอ สะโพกให้อยู่ในแนวตรง ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>** เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินน้อยกว่าระยะแรกรับ แต่ต้องได้รับการติดตามดูแลเพื่อให้การดำเนินโรคดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันใน เรื่องภาวะเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การเฝ้าระวังภาวะชัก[4] ความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยรายที่1และ2 คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหา หายใจหอบ
<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ)</u> ทางเดินหายใจให้โล่ง ให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 หรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ดูแล	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ)</u>** 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ การพยาบาลได้แก่ ประเมินความปวด โดยใช้ pain scale ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ)</u>** เหนื่อยเป็นพักๆ มีภาวะสมองบวม ได้รับยาขับปัสสาวะยากันชัก ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย นอนไม่หลับเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ไม่เอื้ออำนวย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ศีรษะ ลำคอ สะโพกให้อยู่ในแนวตรงไม่พับงอมากกว่า 90 องศา 3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ Ekcl 20 ml po stat รับประทานอาหารตามแผนการรักษา สังเกตอาการภาวะ Hypokalemia ติดตามผลตรวจ Electrolyte 4) เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง การพยาบาลได้แก่ สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ชัก เช่น เฝ้าระวังภาวะไข้สูงดูแลให้ยากันชัก Keppra 2000 mg IV drip in 30 min c stat than 500 mg IV q 12 hr. × 7 day ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5) นอนไม่หลับเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่คุ้นเคยสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย การพยาบาล คือ การควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น เสียง แสง ความเจ็บปวด ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเป็นต้น	ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา 4) เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำ การพยาบาลได้แก่ สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ชัก เช่น เฝ้าระวังภาวะไข้ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่สมดุลของค่าอิเล็กโตรไลท์	ต่อการนอน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กินได้น้อยไม่มีสำลัก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ และเฝ้าระวังภาวะชักซ้ำ
<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u> 6) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การพยาบาลได้แก่ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากแบบแผนการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพยาบาลเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	**<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u>** 5)ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แขนขาอ่อนแรง การพยาบาลได้แก่ การประเมินการรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก ความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก D- M-E-T-H-O-D	**<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u>** เป็นระยะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างการและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่มีปัญหาเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) สาเหตุหลักเกิดจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Hemorrhage) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ขาดความยืดหยุ่น เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ง่าย เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อสมอง[10-11] ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่จะกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (Brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และเมื่ออาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (Brain herniation) หลังหลอดเลือดสมองแตก จะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้มีการขยายตัวของเม็ดเลือดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การขยายตัวของเลือดเกิดขึ้นใน 3-12 ชั่วโมง และบวมขึ้นใน 24 ชั่วโมง สูงสุดใน 5-6 วัน จนถึง 14 วัน[12] ก้อนเลือดที่โตขึ้นจะกดเนื้อสมอง ประมาณร้อยละ 90 จะกดสมองส่วน ventricular system ทำให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (Increased Intracranial Pressure: IICP) ส่งผลให้ midline และก้านสมอง (Brain stem) เคลื่อน (Brain herniation) และถึงแก่กรรม ตำแหน่งที่พบเลือดออกในสมองมากที่สุด คือ หลอดเลือดแดง Basilar Basal Ganglia สมองส่วนหน้า ตรงกลาง หรือส่วนหลัง[13] พบอัตราการเสียชีวิตสูงในช่วงระยะ 30 วันประมาณร้อยละ 30-50 มีเพียง 20% ของผู้รอดชีวิตที่คาดว่าจะฟื้นตัวเต็มที่ใน 6 เดือน[12] ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตนี้เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก[6] สำหรับการรักษาใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาด้วยยา โดยพิจารณาจากการประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก (Glascow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และ ระยะการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline Shift) มากกว่า 0.5 เซนติเมตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีความสำคัญทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 72 ชั่วโมงแรก[2] ซึ่งการพยาบาลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฉับพลัน วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง Increased Intracranial Pressure: IICP) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรลัยท์[2] การดูแลต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการจำหน่าย เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันเป็นปกติได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้บุคลากรนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน

2. ควรจัดการอบรมส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. การจัดทำสื่อการสอนและเอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ แผนการรักษา การป้องกัน การควบคุมโรค NCD และควรจัดให้มีการ

ทบทวนความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

4. จัดให้มีแพทย์ Neurosurgery ประจำโรงพยาบาล เพื่อความรวดเร็วในการให้การรักษา การวินิจฉัย จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดความพิการ ลดอัตราการตาย บรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1.กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, นรงฤทธิ์ เกษมทรัพย์และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2561). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: เวชปฏิบัติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.

2.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2562.

3.กองยุทธศาสตรและแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 ส.ค. 256]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf

4. เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

5. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562). คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น PNC : Provincial Healthcare Network Certification. ขอนแก่น.

6. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล {อินเตอร์เน็ต}. 2562 {เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2567}; เข้าถึงได้จาก: https://www.researchgate.net/publication/334083774

7. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์งานเวชระเบียนและสถิติ. สรุปสถิติผู้ป่วยปี 2562-2566 : โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

8. สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 มีนาคม 2567

9. สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับ แพทย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2562

10. Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults. Stroke. 2007;38(6):2001-2003.doi: 10.1161/STROKEAHA.107.183689 PubMed PMID: 17478736.

11. Aronowski J, Zhao X. Molecular pathophysiology of cerebral hemorrhage: secondary brain injury. Stroke. 2011; available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21527759/

12. Elliott J, Smith M. The Acute Management of Intracerebral Hemorrhage: A Clinical Review. Anesthesia & Analgesia. 2010; available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20332192/

13. Gorelick PB. Alcohol and stroke. Stroke. 1987 available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3810763/

การศึกษาเปรียบเทียบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้านกับการเตรียมที่โรงพยาบาล

Comparison in quality of bowel preparations between out-patient and in-patient preparation.

(Received: October 10,2024 ; Revised: October 17,2024 ; Accepted: October 18,2024)

สิชานนท์ ยืนยาว[1]
Sichanon Yuenyao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) มีวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้าน กับการเตรียมที่โรงพยาบาล ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2567กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566–กุมภาพันธ์ 2567 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (interferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ความต่างของผลการรักษา โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่ม ที่อิสระจากกันโดยใช้สถิติ One sample t-test และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรแบบกลุ่มโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 66 ราย อายุเฉลี่ย 58.37±5.92 ปี เพศหญิง ร้อยละ 60.61 พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ก่อนส่องกล้องระดับดีของกลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้าน ร้อยละ 72.73 และกลุ่มเตรียมลำไส้ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75.76 ตามลำดับ ความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องกลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้านและเตรียมที่โรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (p=0.141)

คำสำคัญ: การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, กลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้าน, กลุ่มเตรียมลำไส้ที่โรงพยาบาล

Abstract

This retrospective study aimed to compare the cleanliness of bowel preparation before colonoscopy between home preparation and hospital preparation. The study was conducted between June and August 2024. The sample consisted of medical records of patients with indications for colonoscopy at Sikhio Hospital, Surin Province, between July 2023 and February 2024. Descriptive statistics were used to analyze general data of the sample. Interferential statistics were used to analyze differences in treatment results by analyzing the difference in means of 2 independent groups using the One sample t-test and the Chi-square test was used to compare group variables with a statistical significance level of 0.05.

Results: A total of 66 patients were included in the study with a mean age of 58.37±5.92. Females comprised 60.61%. Patients had appropriate bowel preparations was 72.73% of OBP, 75.76% of IBP. There was no difference quality of bowel preparations between OBP and IBP (p=0.141).

Keywords: colonoscopy, outpatient bowel preparation, inpatient bowel preparation

บทนำ

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นการคัดกรองมาตรฐานในการตรวจประเมินพยาธิสภาพ และความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ที่สามารถเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่ [1] ซึ่งการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเป็นวิธีการตรวจค้นหาความผิดปกติที่มีความแม่นยำ การส่องกล้องตรวจความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด [2] จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการตรวจเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถตรวจพบมะเร็ง

[1] โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

ลำไส้และตรวจพบติ่งเนื้อชนิดที่เป็นอันตรายได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก [1] นอกจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะใช้ในการวินิจฉัยโรค แล้วยังสามารถใช้ติดตามรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รวมถึงสามารถตรวจดูอาการอักเสบของลำไส้ แผลที่เกิดในลำไส้เนื้องอกอื่น ๆ หรือการลุกลามของมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ลุกลามเข้ามาด้านในลำไส้ใหญ่และความผิดปกติของหลอดเลือดในลำไส้ใหญ่ [3] สิ่งสำคัญในการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักคือคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก [4]

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เป็นการปฏิบัติตัวของบุคคลในการเตรียมตัวเพื่อรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การหยุดยาที่มีผลต่อการตรวจเพื่อให้ลำไส้ใหญ่สะอาดเพียงพอในการส่องกล้อง [5] จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของปราณี ใบเศวต [6] พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 65 เท่านั้นที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบถ้วน ส่วนใหญ่รับประทานยาระบายไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจชนิดของอาหารอ่อนและอาหารเหลวใส ลืมปฏิบัติตัว ดังนั้นการเตรียมลำไส้จะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม แพทย์จะต้องให้ข้อมูลขั้นตอนการตรวจเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการเตรียมตัวเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่ [7] ควรมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนที่ชัดเจนเข้าใจง่าย พร้อมแจกเอกสารให้กับผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวการเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักต้องมีการเตรียมตัวในเรื่องของการใช้ยา หรือหยุดใช้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ [8] พบว่าในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลเนื่องจาก ไม่ทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้อง ดังนั้นต้องให้คำอธิบายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเจอ[9] การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องจำเป็นต้องได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีขั้นตอนของการเตรียมผู้ป่วยคล้ายกับผู้ที่มารับการผ่าตัดทั่วไป แต่เน้นความสำคัญของการเตรียมลำไส้ โดยพบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับคุณภาพของการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ (bowel preparation) [10] ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการเตรียมลำไส้ใหญ่ 2 วันก่อนการส่องกล้อง การดื่มยาระบายเพื่อทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ การใช้ยาหรืองดใช้ยาบางชนิดที่มีผลต่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ [11]

ปัจจุบันโรงพยาบาลศีขรภูมิ สามารถให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการนัดผู้ป่วยเข้ามานอนในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนส่องกล้องที่หอผู้ป่วย ซึ่งการเตรียมลำไส้นั้น ควรทำการล้างเอาอุจจาระออกให้หมดโดยไม่เปลี่ยนแปลงเยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกสบาย ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล โดยทั่วไปหลังจากได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำในการให้การรักษาจากแพทย์แล้ว จะต้องนัดคิวส่องกล้องจากแพทย์และรอวันที่จะมานอนโรงพยาบาล เพื่อการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ภายหลังการส่องกล้องตรวจผู้ป่วยจะต้องนอนพักฟื้นต่อในโรงพยาบาลเพื่อสังเกต และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึก หรือภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวนมาก เพิ่มความแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการตรวจส่องกล้องลำไส้ ระหว่างผู้ป่วยที่เตรียมความสะอาดลำไส้ในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีการเตรียมความสะอาดลำไส้เองที่บ้านเพื่อที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ให้มีความเหมาะสมให้กับผู้ป่วยและพัฒนางานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้าน กับการเตรียมที่โรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2567กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการรส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566–กุมภาพันธ์ 2567 กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis [12] เป็นการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.95 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size เท่ากับ 0.60 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 66 คน แบ่งกลุ่มละ 33 คน แบ่งเป็นกลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้าน และกลุ่มเตรียมลำไส้ที่โรงพยาบาล สถานที่ทำการศึกษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลศีขรภูมิ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการให้ตารางเลขสุ่ม (Random table) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่การตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ (**iFOBT Positive**) 2) ผ่านการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ 3) มีค่าการทำงานของไต **creatinine <** 1.5 **mg/dl** 4) ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างส่องกล้อง 5) มีความผิดปกติระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระมีเลือดปน มีมูก ท้องผูกมากขึ้น ท้องเสียสลับท้องผูกหรือท้องเสียบ่อยๆ

เกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion criteria) ข้อมูลในเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา ประวัติโรคเรื้อรัง ชนิดยาระบาย ประเภทการเตรียมลำไส้ เวลาที่ใช้ในการตรวจส่องกล้อง

2) ลักษณะพฤติกรรมการเตรียมตัว ประกอบด้วยข้อความทั้ง 9 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะการตอบ คือ ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนนปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน และ ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) [13] คือ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 80 หรือมากกว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำคือมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

3) แบบบันทึกความสะอาดของลำไส้ ตามเกณฑ์ Aronchick Bowel Preparation Scale (ABPS) บันทึกจากเวชระเบียนห้องส่องกล้องหน่วยงานผ่าตัด โรงพยาบาลศีขรภูมิ ประเมินและบันทึกโดยแพทย์ที่ทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เสร็จแล้ว แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 ระดับที่ไม่สะอาดมาก (Inadequate) ลำไส้มีอุจจาระมากต้องเตรียมลำไส้ใหม่ ระดับ 1 ระดับไม่สะอาด (Poor) ลำไส้มีเยื่ออุจจาระที่ไม่สามารถดูดและล้างออกได้ และสามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้น้อยกว่าร้อยละ 90 ระดับ 2 ระดับพอใช้ (Fair) ลำไส้มีเยื่ออุจจาระปนอยู่บ้าง แต่สามารถดูดและล้างออกได้ และสามารถมองเห็นเยื่อบุผิว ได้มากกว่าร้อยละ 90 ระดับ 3 ระดับดี (Good) ลำไส้มีน้ำอุจจาระใสประมาณร้อยละ 5-25 ของลำไส้ใหญ่ สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้ มากกว่าร้อยละ 90 ระดับ 4 ระดับดีมาก (Excellent) มีปริมาณน้ำอุจจาระใสเพียงเล็กน้อย สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้มากกว่าร้อยละ 95

ขั้นตอนการเตรียมความสะอาดลำไส้

รับประทานอาหารที่แนะนำอย่างเคร่งครัด มิเช่นนั้นลำไส้ไม่สะอาดจะไม่สามารถส่องกล้องได้ให้ปฏิบัติตัว ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้าน

วันที่ 1 และ 2 (เตรียมตัวที่บ้าน)

☒ **งดกิน** ผักและผลไม้ทุกชนิด ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ทุกชนิด (ยกเว้นเนื้อปลาทานได้)

☑ **ทานได้** อาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มปลา น้ำซุป โจ๊ก นม น้ำผลไม้ใสๆ ไม่มีกาก

วันที่ 3 (เตรียมตัวที่บ้าน)

☒ **งดกิน** ผักและผลไม้ทุกชนิด ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ทุกชนิด

☑ **ทานได้** อาหารเหลว เช่น น้ำซุป สปอนเซอร์ น้ำหวานใสๆ น้ำผลไม้ไม่มีกาก

เวลา 14.00 น รับประทานยาระบาย ขวดที่ 1 + น้ำเปล่า 1 ลิตร

เวลา 18.00 น รับประทานยาระบาย ขวดที่ 2 + น้ำเปล่า 1 ลิตร

เวลา 24.00 น งดน้ำและอาหารทุกชนิด

หลังจากรับประทานยาระบายตามวิธีดังกล่าวแล้ว จะทำให้ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำมากขึ้น ควรดื่มน้ำตาม 2-3 แก้ว ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ

สังเกตสีของอุจจาระที่ขับถ่ายออกมาต้องใส ไม่มีเนื้ออุจจาระปน เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยลำไส้ใหญ่ได้ สมบูรณ์มากที่สุด โดยสามารถดื่มน้ำตามได้อีก 1-2 ลิตร กรณีกระหายน้ำมาก

**** หากท่านรู้สึกอ่อนเพลียมากหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หน้ามืดหรือคล้ายจะเป็นลมให้แจ้งทีมแพทย์และพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทราบเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น**

วันที่ 4 (มาตามนัดโรงพยาบาลศีขรภูมิ)

ยื่นบัตรนัด และบัตรประชาชน ที่ห้องเบอร์ 9 (ตึกเก่า รพ.ศีขรภูมิ) **เวลา 07.30 น.**

เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาเล็บ ต้องมีญาติมาด้วย 1 คน ที่สามารถดูแลท่านได้และสามารถรับส่งผู้ป่วยกลับโดยรถยนต์

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเตรียมลำไส้ที่โรงพยาบาล

วันที่ 1 และ 2 (เตรียมตัวที่บ้าน)

☒ **งดกิน** ผักและผลไม้ทุกชนิด ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ทุกชนิด (ยกเว้นเนื้อปลาทานได้)

☑ **ทานได้** อาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มปลา น้ำซุป โจ๊ก นม น้ำผลไม้ใสๆ ไม่มีกาก

วันที่ 3 (มาตามนัดโรงพยาบาลศีขรภูมิ)

☒ **งดกิน** ผักและผลไม้ทุกชนิด ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ทุกชนิด

☑ **ทานได้** อาหารเหลว เช่น น้ำซุป สปอนเซอร์ น้ำหวานใสๆ น้ำผลไม้ไม่มีกาก

ยื่นบัตรนัด และบัตรประชาชน ที่ห้องเบอร์ 9 (ตึกเก่า รพ.ศีขรภูมิ)

เวลา 07.30 น. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาเล็บต้องมีญาติมาด้วย 1 คน ที่สามารถดูแลท่านได้และสามารถรับส่งผู้ป่วยกลับโดยรถยนต์

เวลา 14.00 น รับประทานยาระบาย ขวดที่ 1 + น้ำเปล่า 1 ลิตร

เวลา 18.00 น รับประทานยาระบาย ขวดที่ 2 + น้ำเปล่า 1 ลิตร

เวลา 24.00 น งดน้ำและอาหารทุกชนิด

หลังจากรับประทานยาระบายตามวิธีดังกล่าวแล้ว จะทำให้ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำมากขึ้น ควรดื่มน้ำตาม 2-3 แก้ว ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ

สังเกตสีของอุจจาระที่ขับถ่ายออกมาต้องใส ไม่มีเนื้ออุจจาระปน เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยลำไส้ใหญ่ได้ สมบูรณ์มากที่สุด โดยสามารถดื่มน้ำตามได้อีก 1-2 ลิตร กรณีกระหายน้ำมาก

หมายเหตุ: หากท่านรู้สึกอ่อนเพลียมากหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หน้ามืดหรือคล้ายจะเป็นลมให้แจ้งทีมแพทย์และพยาบาล

***** กรุณาสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้ากลุ่ม หากมีข้อสงสัยสอบถามปัญหาในกลุ่มได้**

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการยื่นโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
2. หลังจากผ่านการรับรองผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การ ศึกษาและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ศึกษา รายละเอียด การรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จากการส่องกล้องและผลการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลที่กำหนดไว้โดยผู้ช่วยนักวิจัย
5. เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยถอดข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ และป้อนข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ด้วยระบบรหัสผ่าน
7. เอกสารข้อมูลของอาสาสมัครจะถูกเก็บไว้ที่สถานพยาบาล โดยเอกสารที่บันทึกข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การรายงานผล และแบบฟอร์มต่างๆ ที่สามารถระบุตัวอาสาสมัครทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษาแล้ว เหลือเพียงข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ ซึ่งจะมีเฉพาะหมายเลขประจำตัวอาสาสมัครเท่านั้นเพื่อรักษาความลับของอาสาสมัคร ข้อมูลต่างๆ จะไม่ถูกนำไปเปิดเผยแก่บุคคลอื่นๆ นอกเหนือจากผลสรุปการวิจัย หากมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารการแพทย์คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่างๆเป็นความลับจะไม่มีการระบุชื่อของอาสาสมัครหรือข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวของอาสาสมัครได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (Interferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ความต่างของผลการรักษา โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่ม ที่อิสระจากกันโดยใช้สถิติ One sample t-test และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรแบบกลุ่มโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะ กรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 28/2567

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 66 ราย เพศหญิง ร้อยละ 60.61 อายุเฉลี่ย 58.37±5.92 ปี มีสถานภาพมีคู่ ร้อยละ 81.82 จบประถมศึกษา ร้อยละ 75.76 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.24±3.43 kg/m^2 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.36 มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 7.58 แบ่งเป็นกลุ่มเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องจากที่บ้าน และเตรียมที่โรงพยาบาล กลุ่มละ 33 ราย ซึ่งข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา และประวัติโรคเรื้อรัง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	OBP (n=33)	IBP (n=33)	Total (n=66)	p-value
เพศ				
หญิง	21 (63.64)	19 (57.58)	40 (60.61)	0.614
ชาย	12 (36.36)	14 (42.42)	26 (39.39)	
อายุ, ปี	56.96±6.51	59.78±4.97	58.37±5.92	0.132
30-55	9 (27.27)	7 (21.21)	16 (24.24)	
56-65	24 (72.73)	22 (66.67)	46 (69.70)	
>65	0 (0.00)	4 (12.12)	4 (6.06)	
สถานภาพสมรส				
โสด	3 (9.09)	4 (12.12)	7 (10.61)	0.812
คู่	28 (84.85)	26 (78.79)	54 (81.82)	
หม้าย/ย่าร้าง	2 (6.06)	3 (9.09)	5 (7.58)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	26 (78.79)	24 (72.73)	50 (75.76)	0.846
มัธยมศึกษา	4 (12.12)	5 (15.15)	9 (13.64)	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	3 (9.09)	4 (12.12)	7 (10.61)	
อาชีพ				
เกษตรกรรม	19 (57.58)	6 (18.18)	25 (37.88)	0.002*
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	7 (21.21)	8 (24.24)	15 (22.73)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (21.21)	19 (57.58)	26 (39.39)	
ดัชนีมวลกาย, kg/m^2	22.86±2.90	23.61 ±3.90	23.24±3.43	0.098
< 23	17 (51.52)	15 (45.45)	32 (48.48)	
23 – 24.90	8 (24.24)	6 (18.18)	14 (21.21)	
≥ 25	8 (24.24)	12 (36.37)	20 (30.31)	
สิทธิการรักษา				
ข้าราชการ	2 (6.06)	4 (12.12)	6 (9.09)	0.601
ประกันสังคม	2 (6.06)	1 (3.03)	3 (4.55)	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	29 (87.88)	28 (84.85)	57 (86.36)	
ประวัติโรคเรื้อรัง				
ไม่มี	32 (96.97)	29 (87.88)	61 (92.42)	0.163
มี	1 (3.03)	4 (12.12)	5 (7.58)	

* p-value<0.05, [a] independent t-test, outpatient bowel preparation (OBP), inpatient bowel preparation (IBP)

4.2 พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ก่อนส่องกล้อง พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ก่อนส่องกล้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดื่มน้ำ และการสังเกตสีของอุจจาระ ของกลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้านและเตรียมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.73 และ ร้อยละ 75.76 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ก่อนส่องกล้องระหว่างการเตรียมจากที่บ้านกับการเตรียมที่โรงพยาบาล

พฤติกรรม	OBP (n=33)	IBP (n=33)	Total (n=66)
1. ด้านอาหาร			
(1) วันก่อนการส่องกล้องงดอาหารเส้นใย ดังนี้ ผัก ผลไม้ ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ทุกชนิด (ยกเว้นเนื้อปลาทานได้)	25 (75.76)	29 (87.88)	54 (81.82)
(2) 3 วันก่อนการส่องกล้องรับประทานอาหารย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ปลา นม ไข่ เต้าหู้ เนื้อสัตว์สับละเอียด	28 (84.85)	26 (78.79)	54 (81.82)
(3) มื้อเย็นวันก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ รับประทานอาหารเหลวใสที่ไม่มีเส้นใย เช่น ซุปใส น้ำเปล่า เป็นต้น	33 (100.00)	33 (100.00)	66 (100.00)
2. ด้านการรับประทานยา			
(4) การรับประทานยาระบายวันก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ตามเอกสารคำแนะนำ	33 (100.00)	33 (100.00)	66 (100.00)
(5) ดื่มยาระบายหมดครบในเวลา ตามเอกสารคำแนะนำ	33 (100.00)	33 (100.00)	66 (100.00)
(6) ในกรณีที่ต้องรับประทาน ยาที่มีผลต่อการตรวจ เช่น วิตามินอี ยาเบาหวาน ยาละลายลิ่มเลือด น้ำมันตับปลา ยารักษาความดันโลหิตสูง ได้หยุดรับประทานยาก่อนการตรวจ 7 วัน	33 (100.00)	33 (100.00)	66 (100.00)
3. การดื่มน้ำ			
(7) ดื่มน้ำตาม 2-3 แก้ว ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ	31 (93.94)	32 (96.97)	63 (95.45)
(8) กรณีกระหายน้ำมากดื่มน้ำตามได้อีก 1-2 ลิตร	23 (69.70)	21 (63.64)	44 (66.67)
4. การสังเกตสีของอุจจาระ			
(9) หลังดื่มยาระบายสังเกตสีของอุจจาระที่ขับถ่ายออกมาทุกครั้ง ซึ่งต้องใสไม่มีเนื้ออุจจาระปน	30 (90.91)	29 (87.88)	59 (89.39)

independent t-test, outpatient bowel preparation (OBP), inpatient bowel preparation (IBP)

4.3 ความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง กลุ่มเตรียมลำไส้จากที่บ้านและเตรียมที่โรงพยาบาล พบความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องไม่แตกต่างกัน (p=0.141) โดยส่วนใหญ่พบความสะอาด ระดับ 5 ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 18.18 และ ร้อยละ 39.39 ตามลำดับ ระดับ 4 ระดับดี (Good) ร้อยละ 63.64 และ ร้อยละ 39.39 ตามลำดับ พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ความสัมพันธ์กับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.51, p<0.001) (ตารางที่ 3)

4.4 ผลการส่องกล้องลำไส้ เวลาที่ใช้ในการตรวจส่องกล้องระหว่างการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องจากที่บ้านกับการเตรียมที่โรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (Median = 15 นาที (IQR 8-22) และ 11 นาที (IQR 6-20) ตามลำดับ, p=0.189) (ตารางที่ 4) ผลการส่องกล้องทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 50 พบ rectal Polyp ร้อยละ 37.88 Hemorrhoid ร้อยละ 7.58 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ก่อนส่องกล้องกับความสะอาดของการเตรียมลำไส้

ตัวแปร	ความสะอาดของการเตรียมลำไส้	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้	0.51 (p<0.001*)	ระดับสูง

*p<0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการตรวจส่องกล้อง

ผลตรวจ	Median (min)	IQR (min)	p-value
OBP (n=33)	15	8-22	0.189
IBP (n=33)	11	6-20	
Total (n=66)	12	8-20	

Mann-Whitney- Wilcoxon test, IQR= interquartile range

ตารางที่ 5 ผลการส่องกล้องลำไส้

ผลตรวจ	OBP (n=33)	IBP (n=33)	Total (n=66)
Normal	15 (45.45)	18 (54.55)	33 (50.00)
Colonic/rectal Polyp	14 (42.42)	11 (33.33)	25 (37.88)
Internal/External Hemorrhoid	3 (9.09)	2 (6.06)	5 (7.58)
Diverticulum/ diverticulosis/ diverticulitis	0 (0.00)	2 (6.06)	2 (3.03)
Colitis/proctitis	1 (3.03)	0 (0.00)	1 (1.52)

independent t-test, outpatient bowel preparation (OBP), inpatient bowel preparation (IBP)

สรุปและอภิปรายผล

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเป็นวิธีการที่สามารถตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องในการเตรียมลำไส้ เพื่อช่วยให้การตรวจมีความชัดเจน การศึกษานี้พบว่าความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) ระหว่างการเตรียมจากที่บ้าน กับการเตรียมที่โรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (p=0.141) โดยส่วนใหญ่พบความสะอาด ระดับ 5 ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 18.18 และ ร้อยละ 39.39 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการเตรียมตัวลำไส้ความสัมพันธ์กับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ปัจจัยที่ทำให้มีการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยจากการรักษาด้านอื่นๆ เป็นต้น โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ [14] ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต[15] เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้ [14] ควรส่งเสริมการเตรียมลำไส้ในเรื่อง การเลือกอาหารที่เหมาะสม การใช้ยาระบาย การประเมินความสะอาดภายในลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของลักษณะการจัดการตนเองในการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด [16] อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ในกลุ่มที่เตรียมลำไส้จากที่บ้าน ต้องมีการติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเตรียมและช่วงเตรียมลำไส้ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีการเตรียมลำไส้ที่ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มที่เตรียมที่โรงพยาบาลเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนกว่า แต่การติดตามในกลุ่มที่เตรียมที่บ้านจะทำได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จะทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจ สามารถดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยและช่วยผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการเตรียมลำไส้ได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีจุดแข็ง คือ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกัน และขั้นตอนที่สำคัญของการทำยังคงเดิมตลอดการศึกษา แต่การศึกษานี้มีจุดอ่อนเช่นกันเพราะเป็นการศึกษาย้อนหลัง ขนาดของตัวอย่างน้อยเกินไป มีกำลังไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์หาความแตกต่าง การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาแบบไปข้างหน้าแบบสุ่ม ทำให้ป้องกันความลำเอียง (bias) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษานี้พบว่าความสะอาดของลำไส้จากการเตรียมที่บ้าน กับการเตรียมที่โรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังนั้น สามารถพัฒนาวิธีการให้ผู้ป่วยสามารถทำการผ่าตัดวันเดียวกลับบ้าน (One day surgery) โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ที่มีความสามารถเตรียมลำไส้เองได้ เพื่อ

ลดการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล

2. ควรมีคู่มือการปฏิบัติตัว และสื่อวิดิทัศน์ประกอบการสอนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำการเตรียมลำไส้ได้ง่าย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัยขึ้นเช่น application Line เป็นช่องทางช่วยให้ผู้วิจัย ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการเข้าถึงข้อมูลง่ายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีขรภูมิ ที่สนับสนุนทุนวิจัยและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทีมส่องกล้องทางเดินอาหารที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1.จุลจักร ลิ่มศรีวิไล. รอยโรคก่อนมะเร็งลำไส้ใหญ่. In: ธวัชชัย อัครวิพุธ, โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์, สมชาย ลีลากุศลวงศ์, สุพจน์ พงศ์ประสมชัย, editors. Premalignant GI Cognitions. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2558.

2.Bechtold ML, Mir F, Puli SR, Nguyen DL. Optimizing bowel preparation for colonoscopy: a guide to enhance quality of visualization. Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology 2016;29(2):137.

3.พวงทอง ไกรพิบูลย์. โรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ และทวารหนัก. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนพลับลิชชิ่ง จำกัด; 2555.

4.Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, Early DS, Muthusamy VR, Khashab MA, et al. Bowel preparation before colonoscopy. Gastrointestinal endoscopy 2015;81(4):781-94.

5.สุขุมะ ณ. ประสิทธิภาพการส่องกล้องและการตรวจพบติ่งเนื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563;29(2):51-62.

6.ปราณี ใบเศวต, จิตติมา ศรีทอง, ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์. ผลของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2564;4(2):40-53.

7.ประชิต เตมียะเสน. การบริหารงานในหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

8.สมชาย อมรโยธิน. การให้ยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. In: สุพจน์ พงศ์ประสบชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, อุดม คชินทร, editors. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2554.

9.Lee S-Y, Son HJ, Lee JM, Bae MH, Kim JJ, Paik SW, et al. Identification of factors that influence conscious sedation in gastrointestinal endoscopy. Journal of Korean medical science 2004;19(4):536-40.

10. Hendry P, Jenkins J, Diament R. The impact of poor bowel preparation on colonoscopy: a prospective single centre study of 10 571 colonoscopies. Colorectal disease 2007;9(8):745-8.

11. Chelazzi C, Consales G, Boninsegni P, Bonanomi G, Castiglione G, De Gaudio A. Propofol sedation in a colorectal cancer screening outpatient cohort. Minerva anestesiologica 2009;75(12):677-83.

12. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods 2007;39(2):175-91.

13. Bloom BS. Human characteristics and school learning: McGraw-Hill; 1976.

14. Fang J, Fu HY, Ma D, Wang D, Liu YP, Wang YF, et al. Constipation, fiber intake and non-compliance contribute to inadequate colonoscopy bowel preparation: a prospective cohort study. Journal of digestive diseases 2016;17(7):458-63.

15. Shah SA, Zhou E, Parikh ND. Factors affecting outpatient bowel preparation for colonoscopy. International journal of gastrointestinal intervention 2019;8(2):70-3.

16. กรพัชชา คล้ายพิกุล, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ. วารสาร มฉกวิชาการ 2561;21(42):123-37.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง: การวัดซ้ำในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

EVALUATION OF INDOOR AIR QUALITY EXPOSURE AMONG CHRONIC RESPIRATORY PATIENTS: A REPEATED MEASURE IN RESIDENTIAL ENVIRONMENT

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 17,2024 ; Accepted: October 22,2024)

วีร์ เมฆวิลัย[1] วรวรรณ ศิริชนะ[2] สริตา ธาวนพงษ์[2] กมล แก้วกิตติณรงค์[2] ณัฏฐา ฐานีพานิชสกุล[3]
Wee Mekwilai[1] Worawan Sirichana [2] Sarita Thawanaphong [2] Kamon Kawkitinarong [2] Nutta Taneepanichskul [3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวัดซ้ำในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยจริง ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 5 เดือน (สิงหาคม-ธันวาคม 2565) ในกลุ่มตัวอย่าง 29 ครัวเรือน ใช้เครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบเรียลไทม์เพื่อวัดค่า PM2.5, PM10, CO2, VOCs, อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ ผลการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานของ PM2.5, PM10, CO2, VOCs, อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ตลอด 5 เดือน คือ 14.61 μg/m3, 16.56 μg/m3, 590.65 ppm, 295.01 ppb, 28.44°C และร้อยละ 65.65 ตามลำดับ พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง PM2.5, PM10 และ VOCs และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าพารามิเตอร์ส่วนใหญ่ระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PM2.5 และ PM10 มีค่าสูงสุดในเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม นอกจากนี้ ยังพบว่าอุณหภูมิภายในที่พักอาศัยสูงกว่ามาตรฐานที่แนะนำ

คำสำคัญ: คุณภาพอากาศภายในอาคาร, ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง, สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย, การวัดซ้ำ, ประเทศไทย

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed to assess indoor air quality exposure among chronic respiratory patients in Thailand using repeated measures in residential environments. Data were collected over a 5-month period (August-December 2022) from 29 households. Real-time air quality sensors were used to measure PM2.5, PM10, CO2, VOCs, temperature, and relative humidity. The results showed that the median values of PM2.5, PM10, CO2, VOCs, temperature, and relative humidity over the 5-month period were 14.61 μg/m3, 16.56 μg/m3, 590.65 ppm, 295.01 ppb, 28.44°C, and 65.65%, respectively. Significant positive correlations were found between PM2.5, PM10, and VOCs. Significant differences were observed in most parameters across the study period, with PM2.5 and PM10 peaking in November and December. Indoor temperatures were found to be higher than recommended standards.

Keywords: Indoor air quality, chronic respiratory patients, residential environment, repeated measures, Thailand

บทนำ

คุณภาพอากาศภายในอาคาร (Indoor Air Quality: IAQ) เป็นประเด็นสำคัญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาวะของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว[1] ความสำคัญของ IAQ สะท้อนให้เห็นจากผลกระทบที่มีต่อสุขภาพในหลายมิติ ทั้งการทำให้อาการของโรคระบบทางเดินหายใจที่มีอยู่

[1] ปร.ด. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
[2] พ.บ.หน่วยโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[3] ปร.ด. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เดิมทรุดลง การกระตุ้นอาการภูมิแพ้ และการมีส่วนในการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง[2]

ท่ามกลางกระแสการพัฒนาเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นคุณภาพอากาศภายในอาคาร ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ประชากรใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตกลับเป็นหัวข้อที่ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างลึกซึ้งและมักถูกมองข้ามความสำคัญ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเด็นดังกล่าวจะได้รับความสนใจในเชิงวิชาการอย่างจริงจัง เนื่องจาก IAQ ที่ต่ำกว่ามาตรฐานนั้นก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน[3]

การศึกษาล่าสุดเน้นย้ำว่าคุณภาพอากาศภายในอาคารอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ รวมถึงแหล่งมลพิษภายในบ้าน สภาพการระบายอากาศ และสภาพแวดล้อมภายนอก[4] สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ประชากรประมาณ 3 พันล้านคนทั่วโลกยังคงใช้เชื้อเพลิงแข็ง เช่น ไม้ ถ่าน ถ่านหิน มูลสัตว์ หรือเศษพืชผลทางการเกษตรสำหรับการประกอบอาหารและให้ความร้อนในบ้าน[5] ซึ่งเมื่อเผาไหม้ในเตาผิงเปิด เตาอบ หรือเตาแบบคัง จะปล่อยมลพิษทางอากาศที่สำคัญ เช่น SO2, NOx, CO และ PM ออกมา ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะเมื่อพื้นที่ภายในอาคารไม่มีการระบายอากาศที่เพียงพอทำให้มลพิษเหล่านี้สะสมได้[6]

นอกจากนี้ ยังมีแหล่งกำเนิดที่มนุษย์สร้างขึ้นซึ่งปล่อยสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในปริมาณที่แตกต่างกัน รวมถึงวัสดุก่อสร้าง สีน้ำมัน เครื่องประดับที่มีกลิ่นหอม และแม้แต่ต้นไม้ในร่ม VOCs บางชนิด เช่น ฟอร์มาลดีไฮด์ มีความเชื่อมโยงกับการเกิดมะเร็ง ในขณะที่ชนิดอื่นๆ เช่น เทอร์พีน สามารถก่อให้เกิดอนุภาคแขวนลอยขนาดเล็กภายในอาคารเมื่อสัมผัสกับโอโซน[7] การศึกษาล่าสุดได้ระบุแหล่งกำเนิดภายในอาคารของสารอินทรีย์อันตรายที่พบในผลิตภัณฑ์อุปโภคบริโภคและวัสดุก่อสร้างนับพันชนิด[8] แหล่งกำเนิดทางชีวภาพ เช่น สัตว์เลี้ยง ไรฝุ่น และมนุษย์ก็มีบทบาทเช่นกัน การมีอยู่ของมลพิษทางอากาศภายในอาคารเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงสำหรับผู้ที่มีภาวะทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด และผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอหรือกำลังพัฒนา[9] การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างกิจกรรมภายในอาคาร เช่น การสูบบุหรี่ การทำความสะอาด และกระบวนการเผาไหม้ เช่น การประกอบอาหารและการใช้เตาผิง กับคุณภาพอากาศภายในอาคาร[10]

ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคารยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่จะประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้วิธีการวัดซ้ำในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินระดับการสัมผัสมลพิษทางอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร ผลการศึกษานี้จะช่วยเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์คุณภาพอากาศภายในอาคารในประเทศไทย และนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศภายในอาคารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ร่วมกับการวัดซ้ำ (repeated measures) เพื่อประเมินการสัมผัสคุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหลอดลมโป่งพอง 3) มีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และ 4) สามารถให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างช่วงเก็บข้อมูล จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ±5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 96 ราย ผู้วิจัยจึงวางแผนเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจ และประวัติการเจ็บป่วย

2. เครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคารแบบเรียลไทม์ (IAQ sensor) ที่ผ่านการทดสอบเทียบคุณภาพและรับรองมาตรฐาน สามารถวัดค่าพารามิเตอร์ 6 ด้าน ได้แก่ PM2.5, PM10, CO2, VOCs, อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์[11]

3. แอปพลิเคชันมือถือ Chula Air สำหรับบันทึกและส่งข้อมูลคุณภาพอากาศจากเซ็นเซอร์[11]

การดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยขั้นตอนหลายประการ เริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นทีมวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานโดยใช้แบบสอบถามและทบทวนประวัติทางการแพทย์

ขั้นตอนสำคัญต่อมาคือการติดตั้งเซ็นเซอร์วัดคุณภาพอากาศในที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเลือกติดตั้งบริเวณพื้นที่ส่วนกลางที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ เช่น ห้องนั่งเล่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยสัมผัสมากที่สุด การเก็บข้อมูลคุณภาพอากาศดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 5 เดือน โดยเซ็นเซอร์จะส่งข้อมูลผ่าน Wi-Fi ไปยังแอปพลิเคชัน Chula Air ทุก 5 นาที ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้ติดตามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเป็นระยะ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้องและครบถ้วนตลอดระยะเวลาของการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการติดตั้ง โดยเหตุผลหลักคือความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเซ็นเซอร์จำเป็นต้องเชื่อมต่อกับ Wi-Fi ในบ้านตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ ในที่สุด มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 31 รายที่ยินยอมให้ติดตั้งเซ็นเซอร์ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าเซ็นเซอร์ 2 เครื่องสร้างข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและข้อมูลที่ขาดหายเป็นจำนวนมากเกินกว่าร้อยละ 70 ดังนั้นการวิเคราะห์ขั้นสุดท้ายจึงดำเนินการโดยใช้ข้อมูลจาก 29 ครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26 ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยควอไทล์

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพารามิเตอร์คุณภาพอากาศ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์คุณภาพอากาศระหว่างช่วงเวลาต่างๆ

ในกรณีที่มีข้อมูลสูญหาย ใช้วิธีการแทนค่าข้อมูลแบบระยะยาว (longitudinal imputation method) ตามที่ Spratt et al.[12] เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (IRB NO.326/64) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงข้อมูลอย่างละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

การประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารดำเนินการเป็นระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ตารางที่ 1 แสดงค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์) ในช่วง 5 เดือนของ PM2.5, PM10, CO2, VOCs, อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ ซึ่งวัดได้ 14.61 μg/m3, 16.56 μg/m3, 590.65 ppm, 295.01 ppb, 28.44 ℃ และร้อยละ 65.65 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า PM2.5 มีความเข้มข้นสูงสุดในเดือนพฤศจิกายน (19.57 μg/m3) และธันวาคม (19.96 μg/m3) ในขณะที่ระดับ PM10 สูงสุดในเดือนธันวาคม (22.03 μg/m3) สำหรับ CO2 และ VOCs แสดงระดับที่คงที่ในแต่ละเดือน โดยมีค่าสูงสุดในเดือนตุลาคม (599.69 ppm และ 338.17 ppb ตามลำดับ) ที่น่าสังเกตคือ อุณหภูมิภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วยสูงกว่ามาตรฐานระดับชาติอย่างมีนัยสำคัญ (29.39 ℃) ส่วนความชื้นสัมพัทธ์สูงสุดในเดือนสิงหาคมที่ร้อยละ 69.76 ที่สำคัญ ตัวชี้วัดคุณภาพอากาศส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ยกเว้นอุณหภูมิ (ดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปที่ 1)

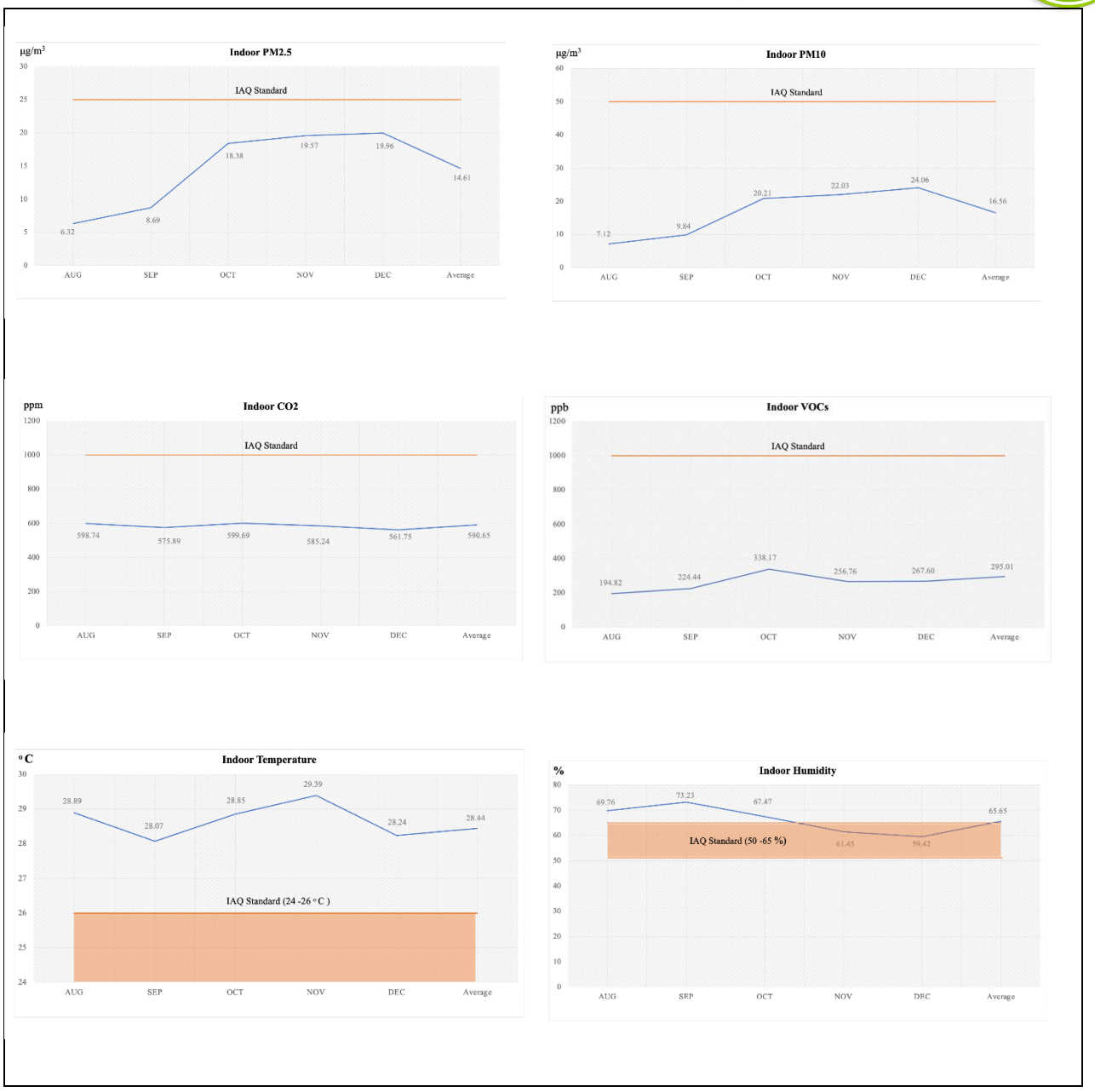
ตารางที่ 1 คุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (N = 29)

ปี 2563	คุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัย, Median (IQR)					
	$PM_{2.5}$	PM_{10}	CO_2	VOCs	Temp (°C)	RH
สิงหาคม	6.32 (3.43)	7.12 (3.85)	598.74 (274.13)	194.82 (271.22)	28.89 (2.84)	69.76 (13.91)
กันยายน	8.69 (5.37)	9.84 (6.26)	575.89 (297.09)	224.44 (220.74)	28.07 (3.28)	73.23 (14.59)
ตุลาคม	18.38 (6.53)	20.81 (7.36)	599.69 (227.07)	338.17 (407.18)	28.85 (3.07)	67.49 (11.18)
พฤศจิกายน	19.57 (11.40)	22.03 (12.90)	585.24 (266.77)	265.76 (479.79)	29.39 (3.52)	61.45 (10.90)
ธันวาคม	19.96 (14.06)	24.06 (16.81)	561.75 (238.27)	267.60 (727.25)	28.24 (3.93)	59.42 (11.22)
เฉลี่ย§	14.61 (8.03)	16.56 (10.05)	590.65 (229.49)	295.01 (401.53)	28.44 (3.40)	65.65 (11.21)

หมายเหตุ: 1) 24 ชั่วโมง $PM_{2.5}$ = μg/m^3, PM_{10} = μg/m^3, CO_2 = ppm, VOCs = ppb, Temp = °C, RH = %

2) IQR = Interquartile Range, Temp = อุณหภูมิ, RH = ความชื้นสัมพัทธ์

3) § = ค่าเฉลี่ย 5 เดือน (สิงหาคม ถึง ธันวาคม 2563)



รูปที่ 1 ปัจจัยกำหนดคุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 นำเสนอภาพรวมอย่างละเอียดของพารามิเตอร์คุณภาพอากาศภายในอาคาร ซึ่งประกอบด้วย PM2.5, PM10, CO2, VOCs, อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ จากการวิเคราะห์ของเรา พบความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างพารามิเตอร์บางตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบความสัมพันธ์เชิงบวกที่แข็งแกร่งระหว่าง PM2.5 และ PM10 ($r = 0.988$, $p < 0.01$) รวมถึงระหว่าง PM2.5 และ VOCs ($r = 0.474$, $p < 0.01$) ในทำนองเดียวกัน PM10 แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกกับ VOCs ($r = 0.467$, $p < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ ($r = 0.417$, $p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม ระหว่างตัวชี้วัดคุณภาพอากาศภายในอาคารอื่นๆ พบความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วย (N = 29)

	$PM_{2.5}$	PM_{10}	CO_2	VOCs	Temp	RH
$PM_{2.5}$	1.000					
PM_{10}	.988**	1.000				
CO_2	-0.087	-0.075	1.000			
VOCs	.474**	0.467*	0.054	1.000		
Temp	0.184	0.188	-0.094	-0.143	1.000	
RH	0.102	0.129	-0.363	-0.103	-0.417*	1.000

หมายเหตุ: 1) สหสัมพันธ์ = spearman-rho coefficient, * = p-value < .05, ** = p-value < .01
2) Temp = อุณหภูมิ, RH = ความชื้นสัมพัทธ์

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำได้ดำเนินการเพื่อประเมินความแตกต่างของค่าพารามิเตอร์คุณภาพอากาศระหว่างช่วงเวลา 5 เดือน (สิงหาคม ถึง ธันวาคม 2563) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าพารามิเตอร์คุณภาพอากาศ

Indoor Air Quality (IAQ)	F	p-value	Partial $\eta 2$
PM2.5	15.32	<0.001	0.354
PM10	14.87	<0.001	0.347
CO2	0.89	0.472	0.031
VOCs	3.24	0.014	0.104
Temperature (Temp)	2.76	0.030	0.090
Relative Humidity (RH)	9.45	<0.001	0.252

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาของ PM2.5 และ PM10 ($F = 15.32$, $p < 0.001$ และ $F = 14.87$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) ปานกลาง (Partial $\eta 2 = 0.354$ และ 0.347) แสดงให้เห็นว่าระดับฝุ่นละอองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาของ VOCs ($F = 3.24$, $p = 0.014$) แต่มีขนาดอิทธิพลน้อย (Partial $\eta 2 = 0.104$) บ่งชี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับ VOCs แต่ไม่มากนัก

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาของอุณหภูมิ ($F = 2.76$, $p = 0.030$) แต่มีขนาดอิทธิพลน้อย (Partial $\eta 2 = 0.090$) แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่มีนัยสำคัญแต่ไม่มาก

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาของความชื้นสัมพัทธ์ ($F = 9.45$, $p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (Partial $\eta 2 = 0.252$) แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของความชื้นที่ชัดเจนตลอดช่วงการศึกษา

สรุปได้ว่า ค่าพารามิเตอร์คุณภาพอากาศส่วนใหญ่ (ยกเว้น CO2) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลา 5 เดือนของการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PM2.5, PM10 และความชื้นสัมพัทธ์ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด ผลการวิเคราะห์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการ

พิจารณาปัจจัยด้านเวลาในการประเมินคุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้นำเสนอข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคารในที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย โดยใช้การวัดซ้ำเป็นระยะเวลา 5 เดือน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของปัจจัยคุณภาพอากาศต่างๆ ตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้

การศึกษาพบว่าระดับ PM2.5 และ PM10 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงเวลา 5 เดือน โดยมีค่าสูงสุดในเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าฤดูหนาวมักมีระดับฝุ่นละอองสูงกว่าฤดูอื่นๆ[13] ปรากฏการณ์นี้อาจเกิดจากสภาพอากาศที่แห้งและนิ่งในช่วงฤดูหนาว ซึ่งเอื้อต่อการสะสมของมลพิษ นอกจากนี้ กิจกรรมการเผาในที่โล่งที่เพิ่มขึ้นในช่วงฤดูแล้งก็อาจมีส่วนทำให้ระดับฝุ่นละอองสูงขึ้น[14] อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของ PM2.5 และ PM10 ตลอด 5 เดือนยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก[15] แสดงให้เห็นว่าโดยรวมแล้ว คุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง PM2.5, PM10 และ VOCs ความสัมพันธ์นี้อาจเกิดจากแหล่งกำเนิดร่วมกัน เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิง หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปล่อยสารระเหยภายในบ้าน[16] นอกจากนี้ VOCs บางชนิดสามารถเกิดปฏิกิริยาในบรรยากาศและก่อตัวเป็นอนุภาคทุติยภูมิ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับ PM2.5 และ PM10[17] ความสัมพันธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมแหล่งกำเนิด VOCs ภายในบ้าน เพื่อลดระดับฝุ่นละอองไปพร้อมกัน

อุณหภูมิภายในที่พักอาศัยของผู้ป่วยสูงกว่ามาตรฐานระดับชาติอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าเฉลี่ย 28.44°C ซึ่งสูงกว่าช่วงอุณหภูมิที่แนะนำสำหรับสภาพแวดล้อมภายในอาคาร (20-27.5°C)[18] อุณหภูมิที่สูงเกินไปอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและความสบายของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีโรคระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว[19] นอกจากนี้ อุณหภูมิที่สูงยังอาจเพิ่มการระเหยของ VOCs จากวัสดุและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ภายในบ้าน[20] ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพอากาศโดยรวม

ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางฟิสิกส์ของอากาศ[21] อย่างไรก็ตาม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย (65.65%) อยู่ในช่วงที่เหมาะสมสำหรับสภาพแวดล้อมภายในอาคาร (30-70%)[18] ความชื้นที่เหมาะสมมีความสำคัญในการควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อราและแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ[22]

ระดับ CO2 ค่อนข้างคงที่ตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีค่าเฉลี่ย 590.65 ppm ซึ่งต่ำกว่าค่าแนะนำสำหรับคุณภาพอากาศภายในอาคารที่ดี (<1000 ppm)[23] ระดับ CO2 ที่ต่ำนี้อาจบ่งชี้ถึงการระบายอากาศที่เพียงพอในที่พักอาศัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การระบายอากาศที่ดีอาจนำมลพิษจากภายนอกเข้ามาภายในอาคารได้ โดยเฉพาะในช่วงที่คุณภาพอากาศภายนอกไม่ดี[24] ดังนั้น การพิจารณาใช้เครื่องฟอกอากาศร่วมกับการระบายอากาศอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ

ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ ในเชิงวิชาการ การศึกษานี้เป็นหนึ่งในไม่กี่การศึกษาที่ประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในประเทศไทยโดยใช้การวัดซ้ำเป็นระยะเวลานาน ข้อมูลนี้เติมเต็มช่องว่างในองค์ความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ การพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพอากาศต่างๆ ยังช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับพลวัตของมลพิษ

อากาศภายในอาคาร ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการคุณภาพอากาศที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคำแนะนำเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในการจัดการคุณภาพอากาศภายในบ้าน เช่น การควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม การระมัดระวังการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปล่อย VOCs และการเพิ่มความระมัดระวังในช่วงที่มีระดับฝุ่นละอองสูง นอกจากนี้ ข้อมูลนี้ยังอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายในการพิจารณามาตรการควบคุมมลพิษอากาศที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (29 ครัวเรือน) อาจจำกัดความสามารถในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป ประการที่สอง การศึกษานี้ไม่ได้วัดคุณภาพอากาศภายนอกอาคารควบคู่ไปด้วย ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศภายในและภายนอกอาคารได้ดียิ่งขึ้น ประการที่สาม การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและกิจกรรมประจำวันของผู้อยู่อาศัย ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร

การศึกษานี้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคารของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามและจัดการคุณภาพอากาศภายในบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่าง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศภายในและภายนอกอาคาร และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและกิจกรรมของผู้อยู่อาศัย เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปสู่การพิจารณาปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพอากาศภายในอาคารของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับอาคารที่มีผู้อยู่อาศัยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ ยังอาจนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของคุณภาพอากาศภายในอาคารแก่ประชาชนทั่วไป การศึกษาต่อไปควรพิจารณาการเก็บข้อมูลคุณภาพอากาศภายนอกอาคารควบคู่ไปด้วย เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศภายในและภายนอกอาคารได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาระยะยาวที่ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลานานขึ้น อาจช่วยให้เข้าใจผลกระทบของการสัมผัสมลพิษอากาศภายในอาคารต่อสุขภาพในระยะยาวได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021.

2.Brugha R, Grigg J. Urban air pollution and respiratory infections. Paediatr Respir Rev. 2014;15(2):194-9.

3.Cincinelli A, Martellini T. Indoor air quality and health. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(11):1286.

4.Azuma K, Kagi N, Yanagi U, Osawa H. Effects of low-level inhalation exposure to carbon dioxide in indoor environments: A short review on human health and psychomotor performance. Environ Int. 2018;121(Pt 1):51-56.

5.World Health Organization. Household air pollution and health [Internet]. 2021 [cited 2023 May 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health

6.Shupler M, Hystad P, Birch A, Miller-Lionberg D, Jeronimo M, Arku RE, et al. Household and personal air pollution exposure measurements from 120 communities in eight countries: results from the PURE-AIR study. Lancet Planet Health. 2020;4(10):e451-e462.

7.Salthammer T. Data on formaldehyde sources, formaldehyde concentrations and air exchange rates in European housings. Data Brief. 2019;22:400-435.

8.Lucattini L, Poma G, Covaci A, de Boer J, Lamoree MH, Leonards PEG. A review of semi-volatile organic compounds (SVOCs) in the indoor environment: occurrence in consumer products, indoor air and dust. Chemosphere. 2018;201:466-482.

9.Sarigiannis DA, Karakitsios SP, Gotti A, Liakos IL, Katsoyiannis A. Exposure to major volatile organic compounds and carbonyls in European indoor environments and associated health risk. Environ Int. 2011;37(4):743-765.

10.Morawska L, Ayoko GA, Bae GN, Buonanno G, Chao CYH, Clifford S, et al. Airborne particles in indoor environment of homes, schools, offices and aged care facilities: The main routes of exposure. Environ Int. 2017;108:75-83.

11.Mekwilai W, Sirichana W, Thawanaphong S, Kawkitinarong K, Taneepanichskul N. Assessing the association between daily self-reported health symptoms and mental health among respiratory patients during high-pollution period in Thailand. International Journal of Innovative Research and Scientific Studies. 2023 May 29;6(3):626-32.

12.Spratt M, Carpenter J, Sterne JA, Carlin JB, Heron J, Henderson J, Tilling K. Strategies for multiple imputation in longitudinal studies. Am J Epidemiol. 2010;172(4):478-87.

13.Zhao J, Gui W, Xue W, Wang S, Wang J, Shan Y, et al. Seasonal variations and chemical characteristics of PM2.5 in Beijing, China. Environ Pollut. 2021;268:115612.

14.Wiriya W, Prapamontol T, Chantara S. PM10-bound polycyclic aromatic hydrocarbons in Chiang Mai (Thailand): Seasonal variations, source identification, health risk assessment and their relationship to air-mass movement. Atmos Res. 2016;180:193-205.

15.World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021.

16.Lucattini L, Poma G, Covaci A, de Boer J, Lamoree MH, Leonards PEG. A review of semi-volatile organic compounds (SVOCs) in the indoor environment: occurrence in consumer products, indoor air and dust. Chemosphere. 2018;201:466-482.

17.Huang Y, Ho SS, Ho KF, Lee SC, Yu JZ, Louie PKK. Characteristics and health impacts of VOCs and carbonyls associated with residential cooking in Hong Kong. Indoor Air. 2017;27(6):1204-1216.

18.American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE). ANSI/ASHRAE Standard 55-2020: Thermal Environmental Conditions for Human Occupancy. Atlanta: ASHRAE; 2020.

19.D'Amato G, Vitale C, De Martino A, Viegi G, Lanza M, Molino A, et al. Effects on asthma and respiratory allergy of Climate change and air pollution. Multidiscip Respir Med. 2015;10:39.

20.Liang W, Yang S, Yang X. Long-term formaldehyde emissions from medium-density fiberboard in a full-scale experimental room: Emission characteristics and the effects of temperature and humidity. Environ Sci Technol. 2015;49(17):10349-10356.

21.Wolkoff P. Indoor air humidity, air quality, and health - An overview. Int J Hyg Environ Health. 2018;221(3):376-390.

22.Mendell MJ, Mirer AG, Cheung K, Tong M, Douwes J. Respiratory and allergic health effects of dampness, mold, and dampness-related agents: a review of the epidemiologic evidence. Environ Health Perspect. 2015;123(6):545-561.

23.Azuma K, Kagi N, Yanagi U, Osawa H. Effects of low-level inhalation exposure to carbon dioxide in indoor environments: A short review on human health and psychomotor performance. Environ Int. 2018;121(Pt 1):51-56.

24.Morawska L, Ayoko GA, Bae GN, Buonanno G, Chao CYH, Clifford S, et al. Airborne particles in indoor environment of homes, schools, offices and aged care facilities: The main routes of exposure. Environ Int. 2017;108:75-83.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบแผนยูสไตน์

Survival Factors of Non-Traumatic Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients in Trang hospital Using the Utstein Style Template.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

เพ็ญภัสสร์ ธนัชทัศน์[1]
Penphat thanatthat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง และศึกษาอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง เป็นการศึกษารูปแบบย้อนหลังในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู่ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ จำนวน 224 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที, การทดสอบ Exact probability และการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุนอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเดินทางมายังโรงพยาบาลโดยไม่ใช่รถฉุกเฉิน (EMS) (ORadj 0.22, 95%CI: 0.09-0.55) หัวใจหยุดเต้นขณะอยู่บนรถฉุกเฉิน (ORadj 3.63 95%CI: 1.45-9.13) สาเหตุของหัวใจหยุดเต้นจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (ORadj 3.78, 95%CI: 1.42-10.07) การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น (ORadj 4.22, 95%CI: 1.93-9.24) การกดหน้าอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ภายหลังจากหัวใจหยุดเต้น (ORadj 4.45, 95%CI: 1.51-13.09) และระยะเวลาเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุไม่เกิน 8 นาที (ORadj 6.19, 95%CI: 3.08-12.43) โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายอัตราการกลับมามีชีพจรของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง ได้ถูกต้องร้อยละ 88.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AUC = 0.882, 95%CI: 0.838-0.927)

คำสำคัญ: การรอดชีวิต, ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน, แบบแผนยูสไตน์, โรงพยาบาลตรัง

Abstract

This was prognostic research study that studies retrospective data. The purpose of this research was to study factors affecting the survival of non-traumatic out-of-hospital Cardiac Arrest Patients in the emergency room of Trang Hospital and study the sustained ROSC of non-traumatic Cardiac Arrest patients outside Trang Hospital. Retrospective study was performed on out-of-hospital Cardiac Arrest patient (aged ≥18 years) in the emergency department at Trang Hospital from October 1, 2022 - September 30, 2024, a total of 224 non-traumatic out-of-hospital Cardiac Arrest patients were enrolled. The statistical analysis in this study was t-test, exact probability test and logistic regression analysis. The finding founded that the affecting factors related to survival of non-traumatic out-of-hospital Cardiac Arrest Patients in the emergency room of Trang Hospital were: come to hospital by Non-EMS (ORadj 0.22, 95%CI: 0.09-0.55), cardiac arrest while on the ambulance ((ORadj 3.63 95%CI: 1.45-9.13) , respiratory failure ((ORadj 3.78, 95%CI: 1.42-10.07), witnessing arrest (ORadj 4.22, 95%CI: 1.93-9.24), chest compressions less than or equal to 15 minutes after cardiac arrest (ORadj 4.45, 95%CI: 1.51-13.09) and response time within 8 minutes (ORadj 6.19, 95%CI: 3.08-12.43). Six variables could predict the sustained ROSC of non-traumatic cardiac arrest patients outside Trang Hospital with 88.2% accuracy (AUC =

[1] โรงพยาบาลตรัง

0.882, 95%CI: 0.838-0.927). In conclusion, improving the chance of sustained ROSC for out-of-hospital Cardiac Arrest patients depends on the chain of survival.

Keywords: Survival, Cardiac Arrest Patients, Utstein style template, Trang Hospital

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest: SCA) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที เพราะส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีเกิดนอกโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) ซึ่งอัตราการรอดชีวิตทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 10.8%[1] ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตคือการได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เช่น การกดหน้าอก (CPR) โดยผู้พบเหตุ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) หากได้รับการช่วยเหลือในเวลา 4 นาทีแรก โอกาสรอดชีวิตจะสูงขึ้นมาก[2]

ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิต 7,776 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 13,580 คนในปี พ.ศ. 2560[3] อย่างไรก็ตาม การศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นอยู่ที่ 8.25%[4] ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2561[5]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยด้านกระบวนการรักษา เช่น เวลาการตอบสนองของทีมแพทย์ฉุกเฉิน การใช้ AED และคุณภาพของการกดหน้าอก[6] เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการศึกษาภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ระบบบันทึกข้อมูลแบบแผนยูสไตน์ (Utstein template) ได้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น อเมริกา ออสเตรเลีย เชค ไต้หวัน เยอรมัน และญี่ปุ่น เป็นต้น[7-10]

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจรอดชีวิตได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ภายในเวลา 4 นาที การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation)) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ภายใน 4 นาที และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced cardiac life support; ACLS) ภายใน 8 นาที[2,11] สำหรับในประเทศไทยได้เริ่มมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Out-of-Hospital Cardiac Arrest ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาที่ได้ทำการรายงานข้อมูลตามแบบแผนยูสไตน์ สาเหตุอาจเป็นเพราะการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ข้อมูลจากการบันทึกเวชระเบียนตามปกติจะไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์และรายงานตามแบบแผนยูสไตน์ได้ ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนเท่าที่ควร นอกจากนี้การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพนั้น มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยข้อมูลที่เชื่อถือได้และถูกต้องครบถ้วน เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพนั้น ในการศึกษานี้จึงได้ทำการเก็บข้อมูลและนำมารายงานผลตามแบบแผนยูสไตน์ เพื่อที่จะได้สามารถทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น และกลับมามีชีพจรของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลตรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง

2. เพื่อศึกษาอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA patient) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง เป็นการศึกษา Prognostic research ศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective Collecting Data) โดยใช้แบบแผนยูสไตน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยนี้เป็น กลุ่มผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA patient) และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 224 คน

โดยมีเกณฑ์ในการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลศูนย์ตรังและเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (Non - traumatic OHCA patient) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรังที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (Non - traumatic) 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลตรังทั้งที่นำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินศูนย์ ALS โรงพยาบาลตรัง, รถฉุกเฉิน รพช., FR/มูลนิธิ และรถฉุกเฉิน private

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยและญาติที่ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do not attempt resuscitation: DNAR order) 2) อายุน้อยกว่า 18 ปี 3) ผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ไม่สมบูรณ์ 4) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจากอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุตามแบบแผนยูสไตน์ที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ ประเภทของผู้ป่วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา จังหวัดที่เกิดเหตุ วิธีการเดินทางเข้ารับการ รักษา เวลารับแจ้งเหตุจนถึงเวลาถึงที่เกิดเหตุ เวลาตั้งแต่ที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล การทำ CPR ก่อนถึงโรงพยาบาล การปฏิบัติการ ณ ห้องฉุกเฉิน ประเภทโรงพยาบาลและผลการรักษา เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลโดยแนบแบบฟอร์มรายละเอียดของตัวแปรการนำเข้าข้อมูลที่ได้พัฒนา

2. ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลด้านปัจจัยหลักตามแบบแผนยูสไตน์ (Utstein's Template)

ข้อมูลที่ใช้ในการสร้างคะแนน R-O-S-C (Developmental Data Set) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เป็นระยะเวลา 3 ปี มีจำนวนผู้ป่วย 224 คน ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ที่พบว่าหัวใจหยุดเต้น มีผู้พบเห็นขณะที่หัวใจหยุดเต้น ได้รับการกู้ชีพก่อนมาถึงโรงพยาบาล คลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งแรกที่มีการบันทึก การกู้ชีพโดยการกดหน้าอกที่ทำโดยบุคคลอื่น การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การใช้ยา เวลาที่หมดสติ เวลาที่เรียกรถกู้ชีพกรณีเรียกรถกู้ชีพ เวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุ ผลลัพธ์ในการกู้ชีพ ROSC Once

3. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรอดชีวิตของผู้ป่วยการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

4.นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาและชี้แนะแนวปฏิบัติระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติ Univariate Analysis (Chi-square Test)

ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการหาค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, มัธยฐาน, ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติ Univariate Analysis (Chi-square Test) และ Logistic Regression Analysis

ข้อมูลการศึกษาทั้งหมดกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบแผนยูสไตน์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากโรงพยาบาลตรัง

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.63 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 25.89 สถานที่ที่พบว่าหัวใจหยุดเต้น คือ ที่บ้าน ร้อยละ 85.27 ซึ่งมีสาเหตุจากโรคหัวใจ ร้อยละ 58.04 โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการกู้ชีพก่อนมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 82.59 และขณะหัวใจหยุดเต้นนั้นไม่มีผู้พบเห็นผู้ป่วย ร้อยละ 32.60 ผู้ป่วยเดินทางมายังโรงพยาบาลด้วยรถฉุกเฉิน (EMS) ร้อยละ 77.23 และรถกู้ชีพมาถึงที่เกิดเหตุเมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 8 นาที ร้อยละ 63.01 โดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งแรกที่บันทึก คือ ไม่สามารถช็อกได้ ร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยมีการใช้ยาในการรักษาอาการต่าง ๆ ร้อยละ 70.98 แต่ไม่ได้รับการกู้ชีพด้วยวิธีกดหน้าอกที่ทำโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 95.09 ไม่มีการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 98.66 และภายหลัง 15 นาทีจากหัวใจหยุดเต้นได้รับการกู้ชีพด้วยการกดหน้าอก ร้อยละ 78.13 ได้แก่ วิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาล สถานที่พบว่าหัวใจหยุดเต้น สาเหตุของหัวใจหยุดเต้น ผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจนระยะเวลาที่ได้รับการกู้ชีพโดยการกดหน้าอก และระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการแจ้งข้อมูลจนถึงระยะเวลาเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุ รายละเอียดตามตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression พบว่า มี 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression (n=224)

ปัจจัย	β	S.E.	p-value	OR_{adj}	95%CI
1) วิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาล					
รถฉุกเฉิน (EMS) (ref.)	0	-	-	1	-
ไม่ใช่รถฉุกเฉิน (EMS)	-0.86	0.33	0.008	0.42	0.22-0.80
2) สถานที่พบว่าหัวใจหยุดเต้น					

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression (*n*=224)

ปัจจัย	β	S.E.	*p*-value	OR_{adj}	95%CI
อยู่บ้าน (ref.)	0	-	-	1	-
ที่สาธารณะ	-0.63	0.58	0.271	0.53	0.17-1.64
อยู่บนรถฉุกเฉินขณะนำส่งโรงพยาบาล	-2.56	1.07	0.017	0.08	0.01-0.63
อยู่บนรถส่วนตัวขณะนำส่งโรงพยาบาล	-1.04	0.64	0.107	0.35	0.10-1.25
3) สาเหตุของหัวใจหยุดเต้น					
มะเร็ง (ref.)	0	-	-	1	-
สาเหตุจากหัวใจ	-1.01	1.11	0.364	0.37	0.41-3.22
ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ	3.43	1.20	0.004	0.03	0.00-0.34
ไฟฟ้าดูด	-0.22	1.57	0.887	0.80	0.04-17.20
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB)	-0.92	1.40	0.512	0.40	0.23-6.18
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	-0.80	1.25	0.523	0.45	0.04-5.21
จมน้ำ	-0.92	1.64	0.577	0.40	0.02-10.02
โพแทสเซียมในเลือดสูง (HyperK)	-0.76	1.30	0.556	0.47	0.04-5.90
การแขวนคอ (Hanging)	-2.71	1.59	0.089	0.07	0.00-1.51
ภาวะกรด-ด่าง ในร่างกายผิดปกติ (Met acidosis)	-0.92	1.64	0.577	0.40	0.02-10.02
สาเหตุอื่น ๆ	-0.51	1.37	0.708	0.60	0.04-8.73
4) ผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น					
ไม่มีผู้พบเห็น (ref.)	0	-	-	1	-
มีผู้พบเห็น	2.12	0.32	<0.001	0.12	0.07-0.23
5) คลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งแรกที่มีการบันทึก					
ไม่สามารถช็อกได้ (ref.)	0	-	-	1	-
สามารถช็อกได้	1.14	0.80	0.155	3.11	0.65-14.85
ไม่รู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งแรก	1.16	0.36	0.101	3.18	1.58-6.40
6) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจนระยะเวลาที่ได้รับการกู้ชีพโดยการกดหน้าอก					
> 15 นาที (ref.)	0	-	-	1	-
≤ 15 นาที	2.27	0.40	<0.001	9.70	4.40-21.38
7) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการแจ้งข้อมูลจนถึงที่รถกู้ชีพไปถึงสถานเกิดเหตุ (n=173)					
> 8 นาที (ref.)	0	-	-	1	-
≤ 8 นาที	2.36	0.37	<0.001	10.54	5.12-21.72

3. ผลการศึกษาอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง

ผลการศึกษาอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง พบว่า ค่า AUC เท่ากับ 0.882 (95%CI: .838-0.927, p<0.001) โดย) ระยะเวลาที่รถกู้ชีพมาถึงที่เกิดเหตุเมื่อเวลาผ่านไปแล้วไม่เกิน 8 นาที อิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจรสูงที่สุด (β = 1.82) รองลงมา คือ การกดหน้าอกภายใน 15 นาที ภายหลังจากหัวใจหยุดเต้น มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจร (β

= 1.50) การเดินทางมายังโรงพยาบาลโดยไม่ใช่รถฉุกเฉิน (EMS) มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจร (β = -1.50) การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจร (β = 1.44) สาเหตุของหัวใจหยุดเต้นจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจรสูงที่สุด (β = 1.33) หัวใจหยุดเต้นขณะอยู่ฉุกเฉินขณะนำส่งโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจร (β = 1.29) และการเดินทางมายังโรงพยาบาลโดยไม่ใช่รถฉุกเฉิน (EMS) มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมามีชีพจร (β = -1.50) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

สมการทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วย: การรอดชีพ = 2.64 - 1.50 (ไม่ใช่รถฉุกเฉิน)
+ 1.29 (อยู่บนรถฉุกเฉินขณะนำส่งโรงพยาบาล)
+ 1.33 (ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ)
+1.44 (มีผู้พบเห็น) + 1.50 (ระยะเวลากู้ชีพโดยการกดหน้าอก ≤15 นาที) + 1.82 (ระยะเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุ ≤ 8 นาที)

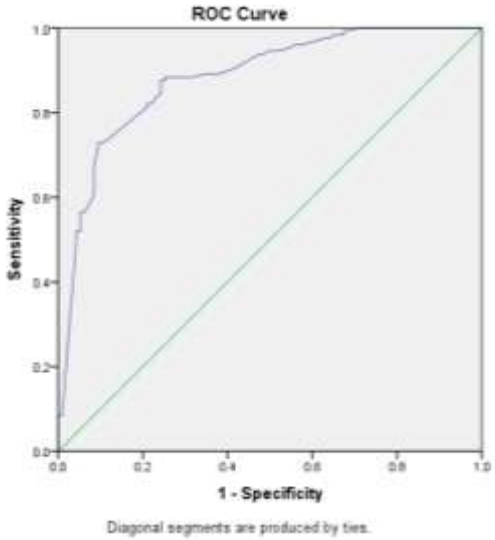
จากสมการดังกล่าว ค่า Correctly classified = 82.59%, Pseudo R^2 = 0.405, Sensitivity = 0.876, และ Specificity = 0.242 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ Receiver operating characteristic curve (ROC Curve) และคำนวณจุดในเส้นโค้ง ROC ในรูปแบบ Area Under the Receiver Operating Characteristic curve (AUC) พบว่า *AUC*=0.882, *S.D*=0.023, 95%CI:0.838-0.927, *p*-value<0.001 โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง ได้ถูกต้องร้อยละ 88.2 รายละเอียดตามภาพที่ 1

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression กรณีตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญออก (*n*=224)

ปัจจัย	β	S.E.	*p*-value	OR_{adj}	95%CI
1) วิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาล					
รถฉุกเฉิน (EMS) (ref.)	0	-	-	1	-
ไม่ใช่รถฉุกเฉิน (EMS)	-1.50	0.46	0.001	0.22	0.09-0.55
2) สถานที่พบว่าหัวใจหยุดเต้น					
อยู่บ้าน (ref.)	0	-	-	1	-
ที่สาธารณะ	-0.31	0.81	0.704	0.74	0.15-3.61
อยู่บนรถฉุกเฉินขณะนำส่งโรงพยาบาล	1.29	0.47	0.006	3.63	1.45-9.13
อยู่บนรถส่วนตัวขณะนำส่งโรงพยาบาล	2.00	0.9	0.336	1.37	1.14-47.53
3) สาเหตุของหัวใจหยุดเต้น					
มะเร็ง (ref.)	0	-	-	1	-
สาเหตุจากหัวใจ	-0.99	1.19	0.405	0.37	0.0-3.84
ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ	1.33	0.5	0.008	3.78	1.42-10.07
ไฟฟ้าดูด	1.49	2.04	0.466	4.41	0.08-238-39
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB)	-0.51	1.51	0.737	0.60	0.03-11.63
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	-0.92	1.35	0.493	0.40	0.03-5.56
จมน้ำ	-1.24	1.99	0.534	0.29	0.01-14.22
โพแทสเซียมในเลือดสูง (HyperK)	0.75	1.56	0.631	2.12	0.10-44.90
การแขวนคอ (Hanging)	-2.23	1.93	0.248	0.19	0.00-4.72
ภาวะกรด-ด่าง ในร่างกายผิดปกติ (Met acidosis)	-2.28	1.79	0.202	0.10	0.00-3.40
สาเหตุอื่น ๆ	-0.51	1.49	0.733	0.6	0.03-11.21

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression กรณีตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญออก (n=224)

ปัจจัย	β	S.E.	p-value	OR_{adj}	95%CI
4) ผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น					
ไม่มีผู้พบเห็น (ref.)	0	-	-	1	-
มีผู้พบเห็น	1.44	0.40	<0.001	4.22	1.93-9.24
5) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจนระยะเวลาที่ได้รับการกู้ชีพโดยการกดหน้าอก					
> 15 นาที (ref.)	0	-	-	1	-
≤ 15 นาที	1.50	0.55	0.007	4.45	1.51-13.09
6) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการแจ้งข้อมูลจนถึงระยะเวลาเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุ					
> 8 นาที (ref.)	0	-	-	1	-
≤ 8 นาที	1.82	0.36	<0.001	6.19	3.08-12.43
ค่าคงที่ (Constant)	2.64	1.26	0.031	2.31	
Pseudo R^2 = 0.405, Sensitivity = 0.876, Specificity = 0.242 Correctly classified = 82.59%					



AUC = 0.882, *S.D.* = 0.023,
95%CI: 0.838-0.927, *p*-value<0.001

ภาพที่ 1 ROC Curve ของสมการทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

1. การเดินทางมายังโรงพยาบาลโดยไม่ใช้รถฉุกเฉิน (EMS) ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) ลดลง 78% เมื่อเทียบกับการใช้ EMS (95%CI: 0.09-0.55, p<0.05) เนื่องจากรถ EMS มีมาตรฐานสูงและบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถพร้อมอุปกรณ์ครบครัน ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและโอกาสรอดในระหว่างการนำส่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Do S.N. และคณะ[12] ที่พบว่าการใช้ EMS การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า การช่วยเหลือโดยทีมกู้ชีพขั้นสูง และการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจมีผลต่อการรอดชีวิตจาก OHCA เช่นเดียวกับงานวิจัยของไพรินทร์ พัสดุ และคณะ[13] ที่ชี้ว่า Epinephrine และการทำ

CPR อย่างรวดเร็วบน EMS ช่วยเพิ่มโอกาสการฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดของผู้ป่วย

2. หัวใจหยุดเต้นขณะอยู่บนรถฉุกเฉินขณะนำส่งโรงพยาบาลมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น 3.63 เท่า เมื่อเทียบกับหัวใจหยุดเต้นอยู่ที่บ้าน (95% CI: 1.45-9.13,p=0.006) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการช่วยเหลือเบื้องต้นขณะอยู่บนรถฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ได้เริ่มให้การช่วยเหลือแล้ว จึงทำให้มีอัตรารอดชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Goto et al. (2559)14 ในประเทศญี่ปุ่น ที่ระบุว่าการช่วยชีวิตขณะอยู่ในรถพยาบาล (EMS-witnessed cardiac arrest) มีอัตรารอดชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่หัวใจหยุดเต้นขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน และตรงข้ามกับงานวิจัยของเพ็ญภัสสร์ ธนัชทัศน์ 15 พบว่าการนำส่งโดย Non-EMS ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ส่งโดย EMS มักมีปัจจัยร่วมที่ลดโอกาสรอด เช่น เวลาในการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ยาวกว่า และการเข้าช่วยเหลือที่ช้ากว่า เช่นเดียวกับงานวิจัยของจรรฎา ภูยาฟ้า 16 ที่ระบุว่าการช่วยฟื้นคืนชีพโดยญาติหรือพลเมืองดีช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

3. ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาล ในกรณีที่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย 3.78 เท่า (95%CI: 1.42-10.07 ,p=0.008) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นจากโรคมะเร็ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gräsner และคณะ17 ระบุว่าภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการรอดชีวิตจาก OHCA ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และงานวิจัยของวรางคณา โฉมจังหรีด และสารัช เกียรติกวินพงศ์18 ที่พบว่าในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 สาเหตุการหยุดเต้นของหัวใจจากภาวะพร่องออกซิเจนมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

4. การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้นมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 4.22 เท่า (95%CI: 1.93-9.24, p<0.001) สาเหตุอาจเกิดจากการร้องขอความช่วยเหลือที่รวดเร็วหลังพบเหตุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการกู้ชีพเบื้องต้นที่รวดเร็วส่งผลให้มีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของชมพูนุท แสงพานิชย์19 พบว่าการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นโดยผู้พบเห็น (Bystander CPR) และการมีผู้พบเห็นขณะเกิดเหตุ (Witness arrest) มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรส่งเสริมการฝึกอบรมประชาชนให้มีความรู้เรื่อง CPR และงานวิจัยของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ20 ยืนยันว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น รวมทั้งเพิ่มจำนวนเครื่อง AED ในจุดชุมชนหรือในสถานที่สาธารณะจึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้

5. การกดหน้าอกภายใน 15 นาทีหลังจากหัวใจหยุดเต้นเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลถึง 4.45 เท่า (95%CI: 1.51-13.09, p<0.05) เมื่อเทียบกับการกดหน้าอกหลัง 15 นาที สาเหตุมาจากบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลตรังและเจ้าหน้าที่กู้ชีพมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการทำ CPR เช่น การกดหน้าอกอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bucki และคณะ21 ระบุว่านักปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ (ROSC) ได้สำเร็จ และงานวิจัยของธีราภรณ์ ฉายาวุฒิพงศ์22 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับ

การอบรม Advanced Cardiac Life Support (ACLS) และการทำ Bystander CPR มีผลเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

6. การมาถึงของรถกู้ชีพภายใน 8 นาที หลังจากได้รับแจ้งเหตุเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Non-traumatic OHCA) นอกโรงพยาบาลถึง 6.19 เท่า (95%CI: 3.08-12.43, p<0.05) เทียบกับกรณีที่ใช้เวลานานกว่า 8 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ20 พบว่า Response time น้อยกว่า 8 นาทีมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุน้อยกว่า 8 นาที จึงมีความสำคัญ ซึ่งจะสามารถเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้

7. การศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำนายอัตราการกลับมามีชีพจร (Sustained ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลตรัง ได้แก่ สาเหตุจากความผิดปกติทางเดินหายใจ การหยุดเต้นบนรถฉุกเฉิน การกดหน้าอกภายใน 15 นาที การเดินทางโดยไม่ใช่รถ EMS และการมีผู้พบเห็นการหยุดเต้น โดยมีความถูกต้องในการทำนายร้อยละ 88.2 สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณารัฐ อร่ามเรือง และคณะ23 พบว่า การช่วยเหลือที่รวดเร็วและเหมาะสมช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่เน้นความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้บริการ EMS อย่างทันท่วงที และการเชื่อมต่อห่วงโซ่การรอดชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการกลับมามีการไหลเวียนเลือดอีกครั้ง ดังนั้นควรสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้แจ้งเหตุได้รับคำแนะนำในการช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ จอกกระจาย และคณะ24 ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาล พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมินผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และการดูแลภายหลังการกู้ชีวิต อย่างเป็นขั้นตอนตามห่วงโซ่การรอดชีวิต ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น กลับมามีการไหลเวียนเลือดกลับมาได้เองอีกครั้ง ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการแจ้งข้อมูลจนถึงระยะเวลาเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุไม่เกิน 8 นาที มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมาก 6.19 เท่า ดังนั้นต้องมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลตรัง โดยแบ่งเขตพื้นที่ให้เหมาะสมมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาบริการรถฉุกเฉิน (EMS) โดยการนำรถพยาบาลไปจอดเตรียมพร้อมในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากระยะทางที่ไกลทำให้ต้องใช้ระยะเวลาเวลาที่รถกู้ชีพไปถึงสถานที่เกิดเหตุที่นานขึ้น อาจส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตที่นำส่งโดยรถฉุกเฉิน (EMS) ลดลงได้

1.2 โรงพยาบาลตรังควรมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยให้กับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่และหน่วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะหัวใจหยุดเต้นเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทั่วไป และควรปลูกฝังให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงควรมี

การจัดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้บริการรถฉุกเฉิน (EMS) ได้โดยง่าย

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองตัวแปรที่มีค่าสูง OR_{adj} สูง เช่น ตัวแปรระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจนระยะเวลาที่ได้รับการกู้ชีพโดยการกดหน้าอก เพื่อหาความแตกต่างของความสัมพันธ์ในตัวแปรแต่ละกลุ่มที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น และกลับมามีชีพจรของผู้ป่วย

2.2 ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเพื่อการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์พึงระวังในการปฏิบัติหน้าที่ และยังช่วยในการปรับปรุงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลตรังต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือทำการศึกษาวิจัยร่วมหลายสถาบัน (Multicenter study) เนื่องจาก Sustained ROSC เป็นเพียงเกณฑ์ที่ใช้ในการทำนายอัตราการรอดชีวิตที่ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรังเท่านั้น เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นอาจจะพบความแตกต่างกันได้ ซึ่งอาจจะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำและสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2564.

2.American Heart Association. About Cardiac Arrest [internet]. 2020. [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://bit.ly/2PqcFxK.

3.Military Forces and Organizations. Annual Injury Surveillance Report 2018 Summary. Fort Belvoir: Army Public Health Center.; 2018.

4.วีรพงศ์ วัฒนาวนิช, รังสรรค์ ภูรยานนทชัย, บดินทร์ ขวัญนิมิตร. การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลและความเป็นไปได้ในการชักนำให้อุณหภูมิกายต่ำลงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2556; 31(6):287-295.

5.กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

6.Myat, A., Song, K. J., & Rea, T. Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. The Lancet 2018; 391(10124):970-979.

7.Jacobs, I., Nadkarni, V., Bahr, J., Berg, R. A., Billi, J. E., Bossaert, L., Cassan, P., Coovadia, A., D'Este, K., Finn, J., Halperin, H., Handley, A., Herlitz, J., Hickey, R., Idris, A., Kloeck, W., Larkin, G. L., Mancini, M. E., Mason, P., Mears, G., ... ILCOR Task Force on Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcomes. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). Circulation 2004; 110(21):3385–3397.

8.Haukoos, J.S., Witt, G., Gravitz, C., Dean, J., Jackson, D.M., Candlin, T., Vellman, P., Riccio, J., Heard, K., Kazutomi, T., Luyten, D., Pineda, G., Gunter, J., Biltoft, J., Colwell, C. Out-of-hospital Cardiac Arrest in Denver, Colorado: Epidemiology and Outcomes. Academic Emergency Medicine 2010; 17(4):391-398.

9.Deasy, C., Bray, J., Smith, K., Harriss, L., Morrison, C., Bernard, S., & Cameron, P. Traumatic out-of-hospital cardiac arrests in Melbourne, Australia. Resuscitation 2012; 83(4):465–470.

10.Franek, O., Pokorna, M., & Sukupova, P. Pre-hospital cardiac arrest in Prague, Czech Republic--the Utstein-style report. Resuscitation 2010; 81(7):831–835.

11.Visser, M., Bosch, J., Bootsma, M., Cannegieter, S., Dijk, A., Heringhaus, C., Nooij, J., Terpstra,N., Peschanski, N., & Burggraaf, K. An observational study on survival rates of patients with out-of-hospital Cardiac arrest in the Netherlands after improving the 'chain of survival'. BMJ open 2019; 9(7): e029254.

12.Do, S. N., Luong, C. Q., Pham, D. T., Nguyen, C. V., Ton, T. T., Pham, T. T., Hoang, Q. T., Hoang, H. T., Nguyen, D. T., Khuong, D. Q., Nguyen, Q. H., Nguyen, T. A., Pham, H. T., Nguyen, M. H., McNally, B. F., Ong, M. E., & Nguyen, A. D. Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. Bulletin of the World Health Organization 2021; 99(1):50–61.

13.ไพรินทร์ พัสดุ, สุปราณี พลธนะ, พีรดนย์ ศรีจันทร์ และวรลักษณ์ จงเลิศมนตรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2564; 1(2):184-197.

14. 14.Goto, Y., Funada, A., & Goto, Y. (2016). Relationship between emergency medical services response time and bystander intervention in patients with out-of-hospital cardiac arrest. Journal of the American Heart Association, 5, e002819.

15.เพ็ญภัสสร์ ธนัชทัศน์. การทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้คะแนน R-O-S-C. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี. 2556.

16.จรรฎา ภูยาฟ้า. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2566; 3(2):128-135.

17.Gräsner, J. T., Meybohm, P., Lefering, R., Wnent, J., Bahr, J., Messelken, M., Jantzen, T., Franz, R., Scholz, J., Schleppers, A., Böttiger, B. W., Bein, B., Fischer, M., & German Resuscitation Registry Study Group. ROSC after cardiac arrest--the RACA score to predict outcome after out-of-hospital cardiac arrest. European heart journal 2011; 32(13):1649–1656.

18.วรางคณา โฉมจังหรีด และสารัช เกียรติกวินพงศ์. การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(4): 163-175.

19.ชมพูนุท แสงพานิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุโดยศูนย์กู้ชีพโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2561; ฉบับพิเศษ:85-96.

20.ปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2564; 13(1): 43-57.

21.Bucki, B., et al. Depth and rate of chest compression in CPR simulation during 10-minute continuous external cardiac compression. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2017; 71:1-6.

22.ธีราภรณ์ ฉายาวุฒิพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(1);58-67.

23.พรรณารัฐ อร่ามเรือง, กรองกาญจน์ สุธรรม, บวรวิทย์ ชำนาญกุล, วีรพล แก้วแปงจันทร์, วิพุธ เล้าสุขศรี, รัดเกล้า สายหร่าย และปริญญา เทียนวิบูลย์. การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(1):43-50.

24.พรทิพย์ จอกกระจาย, วาสนา สายเสมา, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล และกรเกล้า รัตนชาญกร. (2563). การช่วยชีวิตผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2563; 26(2):113-124.

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening

Risk factor associated of gestational diabetes mellitus in universal screening.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

มณีนิล มณีนิล[1]
Maneenin Maneenin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ Retrospective cohort design เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิด GDM ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแบบ Universal Screening ที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์จำนวน 677 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงพฤศจิกายน 2566 ใช้วิธีการคัดกรอง GDM สองขั้นตอน (Two-step screening) ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวน 115 คน (ร้อยละ 16.99) เป็น GDM โดยวินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening 45 คน (39.13%) และ วิธี risk base screening 70 คน (60.87%) และในกลุ่ม universal screening พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิด GDM คือภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์ (OR 6.55; 95%CI=1.79-42.2)

คำสำคัญ: โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ปัจจัยเสี่ยง, พุทธชินราช

Abstract

This research is a retrospective cohort design conducted to investigate risk factors for GDM among pregnant women who underwent universal screening at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Data were collected from 677 pregnant women between January and November 2023, utilizing a two-step screening method for GDM. The results showed that 45 women (39.13%) in universal screening group and 70 woman (60.87%) in risk base screening group were diagnosed with GDM. In universal screening, a significant association was found between pre-pregnancy obesity and the occurrence of (OR 6.55; 95%CI=1.79-42.2)

Keywords: Gestational diabetes, risk factors, Universal screening, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) คือความบกพร่องในการทนต่อกลูโคส (Impaired glucose tolerance) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่ทำให้เกิดโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น[1] พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในเอเชียเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 11.5%[2]

เบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก เช่น ทารกตัวโตมากเกินไป(macrosomia) ทำให้เกิดการบาดเจ็บของมารดาและทารกในระหว่างการคลอด (เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอด คลอดไหล่ยาก ตกเลือดหลังคลอด) มากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานภายใน 20 ปีหลังการตั้งครรภ์ และทารกเองยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนและโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย[3]

การดูแลรักษามีจุดมุ่งหมายให้ทารกที่คลอดออกมามีสุขภาพแข็งแรง และมารดาปราศจากภาวะแทรกซ้อน โดยอาศัยการทำงานของอายุรแพทย์ สูติแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และกุมารแพทย์ในช่วงหลังคลอด และที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือของผู้ป่วย หน้าที่ของอายุรแพทย์ คือ พยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้

[1] โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (tight control) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อมารดาและทารก[4]

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับแนวทางของแต่ละสถาบัน ทั้งนี้การเลือกใช้ก็ขึ้นกับความเหมาะสมและคุ้มค่าที่แตกต่างกันไป โดยการตรวจคัดกรองสามารถทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย (Universal screening) หรือ ทำเฉพาะรายที่มีความเสี่ยง(Risk based screening) ทั้งนี้ขึ้นกับความชุกของเบาหวานในแต่ละแห่ง ที่มีความชุกสูงให้ทำการตรวจทุกราย[5]

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกมีแนวทางการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์สองวิธี วิธีแรกตรวจในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Risk based screening) ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี, ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน, เคยได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน, เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม, ครรภ์ก่อนทารกในครรภ์มีความพิการหรือเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ หากมีความเสี่ยงดังกล่าวต้องตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ หากผลการตรวจคัดกรองปกติ จะตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ วิธีที่สองตรวจคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงทุกรายในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ (Universal screening)

การตรวจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ใช้วิธีตรวจแบบสองขั้นตอน ขั้นตอนที่หนึ่งเป็นการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเจาะเลือดหลังรับประทานน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม ที่ 1 ชั่วโมง โดยไม่ต้องงดน้ำและอาหารก่อนการตรวจ (50g Glucose Challenge Test : 50g GCT) หากค่ามากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องส่งตรวจขั้นตอนที่สองเพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารมาก่อนอย่างน้อย 8- 14ชั่วโมง แล้วเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar : FBS) แล้วจึงให้รับประทานน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม แล้วจึงเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมงหลังรับประทาน ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามแนวทางของ Carpenter and Coustan ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน (6) โดยระดับน้ำตาลในเลือดปกติของการตรวจวินิจฉัยคือ 95, 180, 155, 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากมีค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปให้วินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์[7,8,9]

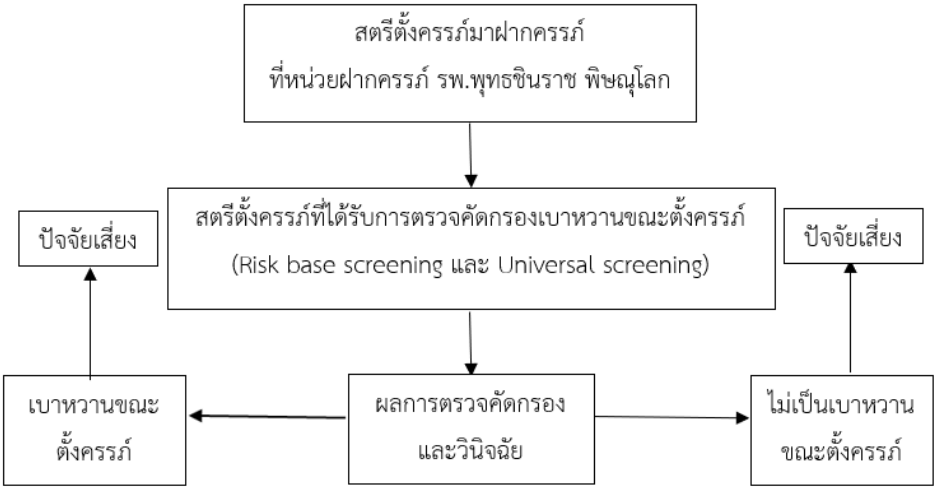
ถึงแม้ว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะหายได้เองภายหลังคลอด แต่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.4 จะมีโอกาสเป็นเบาหวานในอนาคตภายใน 8 ปี[10] และร้อยละ 50 ของสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานได้ภายใน 10 ปี[11] จะเห็นได้ว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั่วโลก ซึ่งส่งผลต่อมารดาและทารกได้ ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์จะมีสุขภาพดีนั้นจะต้องมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี universal screening

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ Risk screening determinant research แบบ retrospective cohort design เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Universal screening



รูปที่ 1 แผนภูมิสรุปวิธีการดำเนินวิจัย (study flow diagram)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 677 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ภายใต้สมมุติฐานว่าสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ (Prepregnancy BMI ≥ 23 kg/m2) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จาก pilot study พบสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเกินกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี risk base screening เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 86.6% และสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเกินกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 61.1% ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ significant = 0.5 และ power = 0.80 กำหนดให้ ratio ของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี risk base screening และกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening = 1 คำนวณผู้ป่วยกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี risk base screening = 53 รายส่วนกลุ่มที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening = 53 ราย แต่เนื่องจากในช่วงที่ทำการศึกษามีกลุ่มป่วยทั้งสิ้น 115 ราย ผู้วิจัยจึงนำเข้าสู่การวิจัยทั้งหมด สำหรับการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose sampling) เกณฑ์การคัดออกประชากร (Exclusion criteria) คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เก็บข้อมูลอายุ, ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์, ความเสี่ยงการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ผลการตรวจคัดกรอง 50g GCT และผลการตรวจวินิจฉัย 100g OGTT ของสตรีที่มาฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยบันทึกผลที่ได้ใน case record form ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณหกเดือน และใช้ระยะเวลาของการเก็บรักษาข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผล 1 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขออนุญาตใช้เวชระเบียนผู้ป่วยในฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล เพื่อการศึกษาและวิจัยโดยเก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ สถิติ Chi square test และ Fisher's exact test โดยข้อกำหนด (assumption) คือ สถิติ Chi square test ใช้ได้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20 % ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีละเมิดตาราง 2×2 จะใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติค (Multiple Logistic Regression Analysis) และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามหนังสือรับรองเลขที่ HREC No. 221/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566โดยเริ่มดำเนินการวิจัยหลังจากโครงการวิจัยจะได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกแล้ว และได้ดำเนินการวิจัยอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน มีแนวทางจัดการปกป้องข้อมูลและความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 677 คน ตรวจคัดกรองภายใต้วิธี universal screening จำนวน 360 คน และวิธี risk base screening จำนวน 317 คน มีสตรีได้รับการวินิจฉัย GDM ทั้งหมด 115 คน จากการตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening 45 คน (39.13%) และ วิธี risk base screening 70 คน (60.87%)

ตารางที่ 1 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีตรวจคัดกรอง	มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 115[1]	ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 562[1]	p-value[2]
Universal screening Risk base screening	45 (39.13%) 70 (60.87%)	315 (56.05%) 247 (43.95%)	<0.001

[1] n (%), [2] Pearson's Chi-squared test

ผลการศึกษากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Universal screening พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด GDM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ มารดาอายุ 31-35 ปี (OR 6.05; 95%CI=2.56-15.1) และมารดามีภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์ (BMI ≥ 25-29.9 kg/m^2) (OR 6.55; 95%CI=1.79-42.2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองวิธี Universal screening

ตัวแปร	มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 45[1]	ไม่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 315[1]	OR (95%CI)[2]	p-value[3]
ครรภ์แรก	14.00 (31.11%)	135.00 (32.86%)		0.135
อายุครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง (สัปดาห์)	25.00 (24.00, 26.00)	26.00 (25.00, 27.00)		0.068
อายุ (ปี)	29.00 (26.00, 31.00)	24 (21.00, 28.00)		<0.001
< 24	9.00 (20.00%)	160.00 (50.79%)	-	-
25-30	20.00 (44.44%)	108.00 (34.29%)	3.29 (1.48-7.86)	0.005
31-35	16.00 (33.56%)	47.00 (14.92%)	6.05	<0.001

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองวิธี Universal screening

ตัวแปร	มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 45[1]	ไม่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 315[1]	OR (95%CI)[2]	p-value[3]
			(2.56-15.1)	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	23.05 (21.50, 27.55)	21.79 (19.56, 24.86)		0.002
<18.5	2.00 (4.44%)	56.00 (17.78%)	-	-
≥18.5-22.9	19.00 (42.22%)	132.00 (41.90%)	4.03 (1.12-25.8)	0.067
≥23-24.9	6.00 (13.33%)	50.00 (15.87%)	3.36 (0.74-23.7)	0.15
≥25-29.9	18.00 (40.00%)	77 (24.44%)	6.55 (1.79-42.2)	0.014
ค่า 50g GCT (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	180 (162.00, 208.00)	136 (121.00, 154.00)		<0.001

[1]Median (IQR); n (%)

[2]OR = Odds ratio, CI = Confidence Interval

[3]Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test ในกลุ่ม universal screening

ถ้าใช้เกณฑ์ตัดอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป หรือใช้เกณฑ์ตัด BMI ก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 17.5 kg/m² จะให้ true positive 100% โดยจะมีเพียงแค่ 6 รายที่อายุน้อยกว่า 15 ปีและไม่เป็น GDM ในขณะที่มีเพียง 24 รายที่ BMI < 17.5 kg/m² และไม่เป็น GDM ดังนั้น true negative 30 ราย ตามลำดับ

ตารางที่ 3 อายุและดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยสุดที่วินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองวิธี Universal screening

ลักษณะที่ศึกษา	มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 45[1]	ไม่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 315[1]	p-value2
อายุ (ปี)			>0.999
อายุ < 15	0.00 (0.00%)	6.00 (1.90%)	
อายุ ≥ 15	45.00 (100.00%)	309.00 (98.10%)	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)			0.056
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ < 17.5	0.00 (0.00%)	24.00 (7.62%)	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ≥ 17.5	45.00 (100.00%)	291.00 (92.38%)	

[1] n (%)

[2] Fisher's exact test

สตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองในกลุ่ม risk base screening พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย GDM ตั้งแต่การตรวจคัดกรองครั้งแรก (อายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (82.86%; p-value <0.001)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองวิธี Risk base screening

ตัวแปร	มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 70[1]	ไม่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ N = 247[1]	p-value[2]
อายุ (ปี)	31.00 (27.00, 36.00)	30 (24.00, 36.00)	0.141
< 35	47.00 (67.14%)	161.00 (65.18%)	
≥ 35	23.00 (32.86%)	86.00 (34.82%)	0.760
ครรภ์แรก	18.00 (25.71%)	73.00 (29.55%)	0.531
อายุครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง (สัปดาห์)	11.00 (8.00, 17.00)	15.00 (8.00, 25.00)	0.036
< 24 สัปดาห์	58.00 (82.86%)	151.00 (61.13%)	<0.001
≥ 24 สัปดาห์	12.00 (17.14%)	96.00 (38.87%)	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	28.43 (25.25, 32.72)	29.02 (22.41, 3321)	0.446
< 30	40.00 (57.14%)	444.00 (79.00%)	
≥ 30	30.00 (42.86%)	118.00 (47.77%)	0.467
มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน	25.00 (35.71%)	70.00 (28.34%)	0.235
มีประวัติเคยคลอดบุตรน้ำหนัก >4000 กรัม	1.00 (1.43%)	1.00 (0.40%)	0.393
มีประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	7.00 (10.00%)	13.00 (5.26%)	0.166
ค่า 50g GCT (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	185 (167.25, 210.75)	139 (125.00, 159.00)	<0.001

[1]Median (IQR); n (%)

[2]Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอ้วนก่อนการตั้งครรภ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง GDM กลุ่ม universal screening อย่างชัดเจน โดยมี OR 6.55 (95%CI=1.79-42.2) ซึ่งหมายความว่า หญิงที่มีภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ GDM มากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติถึง 6.55 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิด GDM โดยการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.9 โดยภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยง 2.5 เท่า[13] ผลการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI > 25 kg/m² มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 3.1 เท่า[14] งานวิจัยที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.8 และพบความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน (OR = 2.9)[15] ส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2.7 เท่า[16] และผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่ามีในประเทศจีน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 2.9 เท่า (95%CI: 1.8-4.7)[17] การศึกษาแบบ meta-analysis ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2.8 เท่า[18] ศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ พบความสัมพันธ์ระหว่าง BMI ก่อนตั้งครรภ์กับการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (aOR=2.5; 95%CI: 1.9-3.3)[19]

จากเกณฑ์ของ Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes แนะนำแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตามความเสี่ยง ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำคือ BMI < 25, ไม่ใช่เชื้อชาติที่มีความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูง, ไม่มีประวัติความผิดปกติเมตาบอลิซึมของน้ำตาล, ไม่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่พึงประสงค์, ไม่มีญาติ

สายตรงเป็นเบาหวาน ไม่ต้องตรวจคัดกรอง GDM แต่จากผลการศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราชอาจเลือกคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และมี BMI ตั้งแต่ 17.5 kg/m2 ขึ้นไป การตรวจคัดกรองแบบ universal screening พบ true negative 8.3% ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนเพียงเล็กน้อย อาจไม่ได้ลดภาระงานลง จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองแบบ universal screening ทุกรายในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง GDM โดยไม่จำเป็นต้องปรับลดเกณฑ์

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 2.5-3.2 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ที่พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.87 เท่า นอกจากนี้ อัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่พบ (ร้อยละ 8.42) ก็อยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยที่พบประมาณร้อยละ 7.8-9.1

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purpose sampling) อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเอนเอียง (bias) ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถสะท้อนถึงประชากรทั้งหมดได้อย่างแท้จริง

2. การศึกษานี้ไม่ได้รวมถึงการติดตามสตรีหลังคลอดเพื่อตรวจสอบว่ามีการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ ซึ่งอาจให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ด้านการดูแลผู้ป่วย

1. การเฝ้าระวังสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนตั้งครรภ์ควรมีการวางแนวทางการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดน้ำหนักหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. การจัดโปรแกรมติดตามและเฝ้าระวังหลังคลอดควรจัดตั้งโปรแกรมติดตามผู้ป่วยหลังคลอดโดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต

3. นำผลที่ได้จากการศึกษาปรับลดเกณฑ์อายุและดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ในการตรวจคัดกรองใหม่เพื่อให้การวินิจฉัยได้เร็วขึ้น โดยกำหนดให้กลุ่ม risk base screening คืออายุมากกว่า 30 ปี, ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

2. เพิ่มการรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลให้การรักษาการคุมระดับน้ำตาล หากตรวจพบเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การเกิดครรภ์เป็นพิษ การเกิดภาวะทารกตัวโต การคลอดไหล่ยาก การตกเลือดหลังคลอด

3. การขยายช่วงเวลาการศึกษาและการติดตามผลระยะยาว โดยควรขยายระยะเวลาการศึกษารวมถึงการติดตามผลระยะยาวหลังการคลอด เพื่อประเมินว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวของมารดาและทารกอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1.Standards of medical care in diabetes--2008. Diabetes Care. 2008;31 Suppl 1:S12-54.

2.Federation ID. IDF Diabetes Atlas 2021 [cited 2024 9 ตุลาคม]. Available from: www.diabetesatlas.org. .

3.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2550.

4.Linnenkamp U, Guariguata L, Beagley J, Whiting DR, Cho NH. The IDF Diabetes Atlas methodology for estimating global prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. Diabetes Research and Clinical Practice. 2014;103(2):186-96.

5.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย2554.
6.ราชวิทยาลัยสูติอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
7.Cho GJ, Park JH, Lee H, Yoo S, Shin SA, Oh MJ. Prepregnancy Factors as Determinants of the Development of Diabetes Mellitus After First Pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(7):2923-30.
8.ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล, นลัท สมภักดี. เบาหวานขณะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2560.
9.สุฑารัตน์ ชูรส, ปรีดาวรรณ กะสินัง, บุษกร แก้วเขียน. สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน: ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดูแลตนเอง. Singburi Hospital Journal. 2566;32(2).
10.International Diabetes Federation [IDF]. Care & prevent gestational diabetes 2020 [cited 2567 9 ตุลาคม 2567]. Available from: https://idf.org/.
11.Yaiyiam C, Suthutvoravut S. Screening of Diabetes Mellitus in Pregnancy by Hemoglobin A1c and Fasting Plasma Glucose at Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Medical Journal. 2018;41(3):73-81.
12.Kelsey et al. Methods in Observational Epidemiology 2nd Edition. 2, editor.
13.วราภรณ์ เชื้อเพชร และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 2565;74(2):108-15.
14.สมฤดี ภูมิพันธ์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีเวชสาร. 2564;44(3):78-86.
15.นิตยา ภัทรกิจวานิช และคณะ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร. 2563;59(4):167-75.
16.ปิยะนุช สุทธิพงศ์ และคณะ. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2563;38(2):145-53.
17.Yang H, Wei Y, Gao X, Xu X, Fan L, He J, et al. Risk factors for gestational diabetes mellitus in Chinese women: a prospective study of 16,286 pregnant women in China. Diabet Med. 2009;26(11):1099-104.
18.Torloni MR, Betrán AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, et al. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. Obes Rev. 2009;10(2):194-203.
19.Kim S-y, Hong S-y, Kim Y, Kwon DY, Park H, Sung J-H, et al. Maternal pre-pregnancy body mass index and the risk for gestational diabetes mellitus in women with twin pregnancy in South Korea. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021;60(5):863-8.

การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

Development of System for Classification Patients of Outpatient department at Health Promotion Hospital Regional Health Promotion Center 2.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

กาญจนา คุ้ยเจี๊ยะ[1]
Kanchana khui jia[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่2 พิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามกรอบเดมมิ่ง กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก และข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2567 จำนวน 240 แฟ้ม เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยและรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในช่วงปรับกระบวนการใหม่ระหว่างเดือนระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2567 พบว่า มีการคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 92.50, 96.25 และ 97.50 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 7.50, 3.75 และ 2.50 ตามลำดับ มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ร้อยละ 5.00, 1.25 และ 0.50 ตามลำดับ มีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ 2.75, 2.50 และ 2.00 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 89.50,92.72 และ 98.30 ตามลำดับ ไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 10.50, 7.28 และ 1.70 ตามลำดับ และผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานพบว่าอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย, แผนกผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัย

Abstract

This action research aimed to develop a patient triage system and study its effectiveness in the outpatient department at the Health Promotion Hospital, Regional Health Center 2, Phitsanulok, from May to October 2024. The study employed Deming's continuous quality improvement framework. The target groups were outpatient department personnel and 240 patient medical records from July to September 2024. Research instruments included the MOPH ED TRIAGE system from the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, semi-structured interviews, content validity-verified triage quality assessment forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using statistical software for descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results from the patient classification using the new measures during the implementation period from July to September 2024, the results showed correct triage rates of 92.50%, 96.25%, and 97.50% respectively. Incorrect triage rates were 7.50%, 3.75%, and 2.50% respectively. Under-triage rates were 5.00%, 1.25%, and 0.50% respectively, while over-triage rates were 2.75%, 2.50%, and 2.00% respectively.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่2 พิษณุโลก

Patients received treatment according to their severity level at rates of 89.50%, 92.72%, and 98.30% respectively, while those who did not receive treatment according to their severity level were 10.50% 7.28%, and 1.70% respectively. Staff satisfaction evaluation showed the highest level of satisfaction.
Keyword: Classification of patients

บทนำ

การคัดกรองผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน รอตรวจไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน การคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดแยกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินความรีบด่วนของปัญหา และส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น[1] ระบบการคัดแยกช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้นสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก ในประเทศไทยกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย ได้มีการพัฒนาต่อเนื่องเรื่อยมา เดิมในประเทศใช้ของสภาการพยาบาลในการแบ่งประเภทผู้ป่วย ซึ่งแบ่งระดับการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับ คือ Emergent (E),Urgent (U), Non-emergent (N) มาใช้ในระบบบริการของห้องฉุกเฉิน และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับคือ Emergent, Urgent, Acute illness และ Non-acute illness จนกระทั่งในปัจจุบัน มีการปรับเป็น Version 4[1] ส่วนในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามระบบ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 มีการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง 4) ผู้ป่วยทั่วไป และ 5) ผู้ป่วยใช้บริการสาธารณสุขอื่น [2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการแบบไม่พักค้างคืน มีสถิติยอดผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในปี 2563 -2567 จำนวน 5,020 5,591 , 6,559 และ 7,716 คน ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่ามีจำนวนผู้รับบริการมากขึ้นทุกปี จุดคัดแยกจึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วยและคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ และเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพ นอกจากจะสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน ช่วยรักษาชีวิต รักษาอวัยวะของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้แล้ว ยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม ดังนั้นกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอกจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญมาก ๆ บริการงานผู้ป่วยนอกมีการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ Thailand National Triage Guideline หรือ MOPH ED Triage Emergency มาใช้คัดแยกประเภทผู้ป่วย เบื้องต้นบริเวณจุดคัดแยกมาตั้งแต่ปี2561 ซึ่งมีกระบวนการที่ ผู้ป่วยมาถึงยื่นบัตรที่

จุดประชาสัมพันธ์ ถามอาการเบื้องต้นและส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ ต่อมาในปี 2563 ได้พัฒนาแบบประเมินการส่งต่อผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมินเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบ 5 level ตามแนวทางคู่มือคัดกรองของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการส่งต่อและประเมินติดตามผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยปี 2563 – 2564 พบว่ามีข้อมูล การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(Under triage) ร้อยละ 1.62, 0 ตามลำดับ ปี 2565 พบการคัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 3 ราย แยกเป็น Primary Triage 1 ราย Secondary Triage 2 ราย และในปี 2566 พบการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินไม่ถูกต้อง คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(Over triage) ร้อยละ 4.02 จากข้อมูลดังกล่าวพบปัญหาว่าการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของบุคลากรมีความเข้าใจในเกณฑ์การจำแนกไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและขาดระบบการติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและการเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ เก็บไม่ครบและขาดต่อเนื่อง ขาดคนรับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกโดยปรับระบบให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ที่เข้าใจง่ายและจัดบุคลากรเพิ่มเติมในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพของบุคลากรงานผู้ป่วยนอก จัดหาเครื่องมือให้เพียงพอ เพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาดำเนินการ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบ สาเหตุและ สภาพปัญหาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

1.ศึกษาข้อมูลการแยกประเภทผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) และคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) จากข้อมูลรายงานสรุปผลการดำเนินประจำปีของโรงพยาบาล ปี 2565-2566

2. ศึกษาเอกสารศึกษาคู่มือระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกของเดิมเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ขั้นตอนแบบบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหาอุปสรรค สาเหตุของปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วย

1. การสัมภาษณ์รายบุคคล นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา ผลกระทบและสาเหตุการคัดแยกประเภทผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค สาเหตุของปัญหาของระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มเติม

2. นำข้อมูลปัญหาอุปสรรคและสาเหตุของปัญหาที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์และการ

สัมภาษณ์ เป็นแนวทางการวางแผนปรับปรุงจัดทำยกร่างการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ตามวงจร PDCA ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Do) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการปรับปรุงการดำเนินงาน (Act) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. จัดทำยกร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ในประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 คู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

- ปรับปรุงคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน จัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ตาม MOPH ED TRIAGE ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgency) ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน (Semi–urgency) และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non–urgency) และการป้องการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- ปรับปรุงแบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง MOPH ED TRIAGE และการป้องการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- ปรับปรุงแบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยในกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง ได้แก่ Stroke, ACS, Sepsis

1.2 การบริหารจัดการบุคคากร

- กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) พยายาบวิชาชีพคัดแยกประเภทผู้ป่วย

- การจัดอัตรากำลังบุคลากรที่จุดคัดแยกประเภทผู้ป่วย

1.3 การบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์สถานที่

2. นำยกร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภท ปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีความเชี่ยวชาญในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย 1 ท่าน พยาบาลด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน

3. ปรับปรุงแก้ไขยกร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทได้ฉบับร่างที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Do) การทดลองใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น

1. จัดประชุมชี้แจงพยายาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามยกร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉบับที่ 1 ให้รับทราบและปฏิบัติตามแนวทางในทิศทางเดียวกัน

2. ทบทวนความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED TRIAGE ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และตอบแบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยเฉพาะผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานจุดคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีแผนการปฏิบัติงานรายเดือน กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานเวชกรรมคลินิกตรวจโรคทั่วไปและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสลับหมุนเวียนเป็นรายสัปดาห์

4. จัดเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เป็นต้น

5. จัดการซ้อมเสมือนจริงการให้บริการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามแนวทางยกร่างการพัฒนาระบบการคักแยกประเภทผู้ป่วยฉบับที่ 1 ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ทดลองใช้แบบบันทึกดังนี้

- แบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง MOPH ED TRIAGE และการป้องการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- แบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยในกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง ได้แก่ Stroke, ACS, Sepsis

6. นำยกร่างการพัฒนาระบบการคักแยกประเภทผู้ป่วยฉบับที่ 1 ไปทดลองใช้ในการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

1. ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยสังเกต การให้บริการตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นของแผนกผู้ป่วยนอก และฟังเสียงสะท้อนของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในหน้างาน โดยมีการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานทุกสัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) และคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ตามยกร่างการพัฒนาระบบการคักแยกประเภทผู้ป่วยฉบับที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงการ ดำเนินงาน (Act)

1. นำผลการประเมินยกร่างการพัฒนาระบบการคักแยกประเภทผู้ป่วยฉบับที่ 1 ไปพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง โดยมีขั้นตอนดำเนินการ สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จำนวน 12 คน โดยการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการคัดกรอง คืนข้อมูล ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ที่ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ทบทวน case อุบัติการณการคัดแยกประเภทผิดที่เกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงเพื่อสะท้อนให้เห็นความสำคัญ จากนั้นมีการให้เสนอปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการตกลงปฏิบัติการ พัฒนาระบบในส่วนขาดและที่พบปัญหา นำไปปรับปรุงยกร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ฉบับที่ 2 และจัดทำคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นรูปเล่ม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

1. นำระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ไปใช้จริงในแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2567

2. ผู้วิจัยติดตาม ควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามกระบวนการที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) และคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) หลังพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

3. สังเกตการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยใช้แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่การคัดแยกประเภทผู้ป่วยกำลังปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน

4. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประเมินความพึงพอใจต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561[1]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรอง 2)แบบประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของบุคลากร 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือได้การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) อยู่ในระหว่าง0.7-1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.85 , 0.88, 0.95 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 738 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 83.33 ปริญญาโทจำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.67 อายุงานมากกว่า 10ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ75 รองลงมาคือ 1-5 ปีจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 16.67 ได้รับการอบรมระบบการคัดแยกของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ33.33

ผลการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ด้านบุคลากรได้จัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง มีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่ กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น จัดทำคู่มือและแนวทางพร้อมกับปรับปรุงเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วย กำหนดอัตรากำลังการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ การบันทึกข้อมูล สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันผู้รับบริการ การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอพร้อมใช้ เปรียบเทียบระบบระบบก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบก่อนและหลังการพัฒนา

องค์ประกอบ	ระบบก่อนการพัฒนา	ระบบหลังการพัฒนา
ด้านบุคลากร	1. ไม่ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภท 2. ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร 3. ผู้ปฏิบัติงานไม่ผ่านการอบรมความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยหรือได้รับการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน 4. อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน	1. กำหนดคุณสมบัติของบุคลากร 2. กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน 3. บุคคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทต้องผ่านการอบรมความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยและได้รับการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน 4. มีแผนการปฏิบัติงานรายเดือนกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานเวชกรรมคลินิกตรวจโรคทั่วไปและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสลับหมุนเวียนเป็นรายสัปดาห์
ด้านระบบบริการ	1. ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน 2. แนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ได้ Update ให้เป็นปัจจุบัน 3. ไม่ได้ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย 4. การประเมินและติดตามการจำแนกประเภทไม่ต่อเนื่อง เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ผู้รับผิดชอบไม่ชัดเจน 5. การสื่อสารระหว่างจุดบริการยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยประเภท Urgency ไม่ได้มีการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนทำให้ได้รับบริการล่าช้าและผู้ป่วยถูกส่งไปมาระหว่าง 2 จุด 6. ระบบการตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไปไม่มีระบบการตรวจคิว Urgency	1. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติ มีการติดตามกำกับและเก็บข้อมูลมีเป้าหมายในการ พัฒนา 2. ทบทวนแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง MOPH ED TRIAGE 3. ซักประวัติประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยทุกราย 4. มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนติดตามการแยกประเภทอย่างเป็นระบบ มอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน และนำข้อมูลสู่การพัฒนา 5. การสื่อสารระหว่างจุดบริการการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ใช้แบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง MOPH ED TRIAGE และ แยกประเภทResuscitation และ Emergency นำส่งเข้าห้อง First aid treatment ประเภท Urgency ส่งที่ห้อง First aid treatment หรือห้องตรวจโรคทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตรวจที่รวดเร็ว

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบก่อนและหลังการพัฒนา

องค์ประกอบ	ระบบก่อนการพัฒนา	ระบบหลังการพัฒนา
		6. ระบบการตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไป มีการจัดระบบการตรวจชัดเจน ในกลุ่มผู้ป่วยประเภท Urgency
ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	1. มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ปรอทวัดไข้ 2. ใช้ใบนำทาง (Visit slip) ในการส่งประเภทคนไข้ระหว่างจุดสื่อสารไม่ชัดเจน 3. เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคความเสี่ยงสูงยังไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบท	1. จัดหาอุปกรณ์เพิ่มให้เพียงพอ 2. ปรับปรุงแบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง MOPH ED TRIAGE และจำแนกประเภทผู้ป่วย ในการสื่อสารจุดบริการต่าง ๆ 3. จัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง ปรับปรุงแบบบันทึกประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย Stroke, ACS, Sepsis ให้เข้าใจง่ายและสะดวกใช้

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกตามระดับความเร่งด่วน เมื่อจำแนกตาม ประเภทผู้ป่วย พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ที่พบมากที่สุดคือ กึ่งฉุกเฉิน (Semi- Urgent) ร้อยละ 58.33 รองลงมาไม่ฉุกเฉิน (Non- Urgent) ร้อยละ 26.67

หลังจากมีการนำเอาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ที่จากการพัฒนานำไปใช้จริงในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2567 พบว่า

จากการพัฒนานำไปใช้จริงในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2567 พบว่าผลลัพธ์ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงจากการคัดกรองแรกรับ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงเมื่อ แรกรับ ร้อย

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า อยู่ในระดับมาก $\overline{X}$ =4.05 , SD = 0.82 โดยพบว่าข้อที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยกว่าข้ออื่นคือการมีส่วน

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า ผลการคัดแยกผู้ป่วยเดือนกรกฎาคมถึง กันยายน 2567 คัดแยกประเภทถูกต้องร้อยละ 92.50, 96.25, และ 97.50 ซึ่งมีแนวโน้มที่ถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากใช้กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง มีกระบวนการให้ความรู้ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและได้มีการฝึกปฏิบัติจากตัวอย่างที่คัดกรองผิดพลาด มีกำหนดระบบที่ต้องการพัฒนา ระยะเวลาในการคัดแยกถูกต้องมีแนวโน้มมากขึ้นรายเดือนเท่ากับร้อยละ 92.50, 96.25, และ 97.50 ตามลำดับ และผลการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมีแนวโน้มลดลงเท่ากับ 5.00,1.25 และ 0.50 ตามลำดับและจากการคัดแยกที่มีความถูกต้องมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกได้รับการตรวจได้ถูกต้องตรงกับประเภทมากขึ้น

ละ 89.50 , 92.72 และ98.30 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มมากขึ้น ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับรับการตรวจได้ถูกต้องตรงกับประเภทและรวดเร็วมากขึ้น

ร่วมวางแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย $\overline{X}$ = 3.83 , SD = 0.83 ซึ่งจะได้นำผลที่ได้ไปพัฒนาต่อไปเพื่อจะได้มีผลการประเมินในระดับมากที่สุดต่อไป

พัฒนา และมีผู้รับผิดชอบ ทำให้การคัดแยกประเภทถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์ [3] เรื่องการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย ผลการวิจัยพบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในช่วงปรับกระบวนการใหม่ระหว่าง

เดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2563 พบว่า มีการคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 69.2, 75.4 77.7 และ 85.4 ตามลำดับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูรและคณะ[4] เรื่องการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบโดยใช้ทฤษฎีระบบและแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลมาพัฒนาระบบการคัดแยกตามองค์ประกอบด้านพยาบาลคัดแยก สถานที่คัดแยก แนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสาร ดำเนินการเป็น 4 ระยะ พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย หลังการพัฒนาความถูกต้องของการคัดแยกมากกว่าก่อนการพัฒนา ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.8 เป็นร้อยละ 94.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี สุธีร์[5] ซึ่งศึกษาการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลยโสธร จากผลการพัฒนาระบบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Trackก่อนดำเนินการ ร้อยละ 22.58 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 82.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปิยา ชัยพิสุทธิ์สกุลและวลีรัตน์ ปุเลทะตัง[6] เรื่องการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลนาเชือก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองและส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยเร่งด่วนถูกต้องทันเวลา ร้อยละ ≥ 90 ด้วยกระบวนการของ Deming cycle ผลการศึกษา มีผู้รับบริการจำนวน 9,408 ราย คัดกรองเป็นกลุ่มผู้ป่วยเร่งด่วนจำนวนทั้งสิ้น 2,681 ราย พบการคัดกรองผิดพลาดเพียง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.18

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ใน เดือนกรกฎาคม 2567 คัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 92.50 คัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องร้อยละ 7.50 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวลฉวี พะโน [7] ที่เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่า อุเทน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัจคเณศ์ แพรขาว[8] ที่ได้ศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งพบว่าคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกประเภทถูกต้อง ร้อยละ 67.5 คัดแยกประเภทไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.5 จากการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทอย่างต่อเนื่องและกำกับติดตามทุกเดือน ทำให้ผลการคัดแยกดีขึ้นเดือนสิงหาคม-กันยายน คัดแยกถูกต้องร้อยละ96.25 และ ร้อยละ 97.50 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์ [3] เรื่องการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย ที่พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย หลังการพัฒนาความถูกต้องของการคัดแยกมากกว่าก่อนการพัฒนา

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ตรวจตามประเภทความรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยได้ตรวจตามประเภทความรุนแรงเดือนมีนาคม -มิถุนายน ร้อยละ 89.50 , 92.72 และ 98.30 ตามลำดับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของภาสินี คงเพ็ชร์[9] เรื่องผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย ที่พบว่า ผู้ป่วยแต่ละประเภทใช้เวลารอคอยแพทย์ตรวจ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยผู้ป่วยวิกฤตได้ใช้เวลารอคอยพบแพทย์เฉลี่ย 4 นาที รองลงมาคือ ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไป ใช้เวลารอคอยพบแพทย์โดยเฉลี่ย 9 นาที 16 นาที 26

นาที และ 40 นาที ตามลำดับ ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยรอคอยพบแพทย์โดยเฉลี่ย 15 นาที เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแต่ละประเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยในแต่ละประเภทใช้เวลารอคอยแพทย์ตรวจน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และพบว่า ผู้ให้บริการของหน่วยบริการทางสุขภาพดังกล่าวจำนวน 12 คนมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรพิจารณาใช้รูปแบบ การคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน เพื่อให้มีความเหมาะสม การปรับเกณฑ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้รับการประเมินอาการได้ถูกต้องครบถ้วน ตามความเร่งด่วนและได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วขึ้นดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการใช้รูปแบบและมีการประเมินผลการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรจัดทำแผนอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการเรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วยงานนอกอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1ครั้ง/ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยติดตามประเมินผลของการใช้รูปแบบหลังจากที่จัดทำขึ้นอย่างน้อย1ปีเพื่อเป็นการติดตามประสิทธิภาพของรูปแบบและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: สานักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2.สุคนธ์จิต อุปนันชัยและ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 13(2):90-101; 2560.

3.เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 13(36): 160-178; 2564.

4.อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวุฒิ ขาวทอง, ปารินันท์ คงสมบรูณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัด ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมทางแพทย์, 43(2):146-51; 2561.

5. จารุณี สุธีร์. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(1):158-172; 2564.

6.สุปิยา ชัยพิสุทธิ์สกุล, วลีรัตน์ ปุเลทะตัง. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลนาเชือก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nachuakhospital.com/forum/index.php?topic=10.0

7.กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัจคเณค์ แพรขาว. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยศรีนครินทร์. การประชุม วิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMP27.pdf

8.นวลฉวี พะโน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1):58-67; 2567.

9.ภาสินี คงเพ็ชร์. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 28(4):129-41; 2557.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ผลของการทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

EFFECTS OF MEDITATION ON REDUCTION ANXIETY DURING WEANING AND WEANING SUCCESS WITH INVASIVE MECHANICAL IN PATIENT CRITICALLY ILL.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

วิราวรรณ พิศพล[1]อาริยา สอนบุญ[2]
wirawan phitphon[1] Ariya sornboon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและผลสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตอายุรกรรมที่ได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล ประกอบการวัด 2 แบบ ได้แก่ 2.1) การประเมินทางสรีรวิทยา 2.2) แบบประเมินความวิตกกังวล โดยตรวจสอบและพิจารณาหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ paired t – test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
คำสำคัญ: การหย่าเครื่องช่วยหายใจ สมาธิบำบัด ความวิตกกังวล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of meditation on reducing anxiety and improving weaning success in patients with Critically Ill who are receiving an invasive mechanical ventilator in a critically ill state. Consecutive sampling comprised people (purposive sampling). Samples were 60 patients. The subjects were assigned to 2 equal-sized groups. Both experimental and control groups contained 30 s patients. Data were collected with demographic data and Visual analog anxiety were used as a research instrument, with a content validity index of 0.95 The data were analyzed using the paired t-test and Mann-Whitney U Test.

The findings revealed that the experimental group had a statistically significant decrease in mean anxiety scores after the implementation of meditation and standard treatment ($p < 0.05$). The experimental group's mean anxiety scores significantly decreased compared to the control group ($p < 0.05$). The experimental group demonstrated a greater success rate in weaning the ventilator than the control group ($p < 0.05$).
Keywords: ventilator weaning, meditation, and anxiety.

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44000
Corresponding Author E-mail: ariya.s@msu.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะคุกคามชีวิตที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการช่วยชีวิต ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และพึ่งพาอุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยวิกฤตที่พบส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันมีการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจ หรือไม่สามารถหายใจได้เองซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจช่วยในการรักษาและพยุงการหายใจเพื่อการมีชีวิตอยู่รอด[1] ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหายใจของประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมากถึง 790,257 ราย ในขณะที่ทั้งประเทศมีเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 62,000 เครื่อง[2] จากข้อมูลประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เฉลี่ย 550 ราย/วัน[3]

การใช้เครื่องช่วยหายใจนอกจากจะเกิดประโยชน์แล้วยังมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย หากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานอาจเกิดอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายซึ่งปัญหาแทรกซ้อนที่มักพบจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้และยังส่งผลด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยส่งผลให้เกิดความเครียด รู้สึกโดดเดี่ยวความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้[4]

ทั้งนี้ ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 98, 99 และ 99.7 ตามลำดับ จากรายงานสถิติของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 49, 48.6 และ 55.3 ตามการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จในครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 51, 51.4 และ 54.7 ผู้ป่วยที่ถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 49, 55.9 และ 52.7 ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อกลับซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 16.2, 15.4 และ 10.4 ตามลำดับ[5] นอกจากนี้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจากการที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาต่อทั้งตัวผู้ป่วย ญาติรวมถึงโรงพยาบาลด้วย

ดังนั้น เมื่อรักษาสาเหตุหรือภาวะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจดีขึ้นแล้ว การเริ่มประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุดจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและทางด้านเศรษฐกิจ การประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ปัจจัยทางสรีระวิทยารวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้และจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมทางสรีรวิทยากับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ[6]

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่กระทบต่อร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย ด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติมักจะพบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะสับสนเฉียบพลัน และความเครียด ตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman[7]และปัจจัยด้านร่างกาย จากภาวะของโรค กระบวนการรักษา และสิ่งแวดล้อม[8] ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารหรือบอกความต้องการของตนได้ตามปกติมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล [6] ผลกระทบความวิตกกังวลส่งผลให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงขับในกระบวนการหายใจที่ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนัก ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งความวิตกกังวลยังจะส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย โดยจะกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติกทำให้สัญญาณ

ชีพเกิดการเปลี่ยนแปลง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้นส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ[9] จากการใช้แบบประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น Burn Wean Assessment Program: BWAP ≥ 13 คะแนน ปรากฏว่าพบผู้ป่วยที่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ร้อยละ 40.85 (Funk et al., 2010) อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นในกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 40 – 50 ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (Boles et al., 2007) ทั้งนี้ยังพบความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้สูงในช่วงกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ[10]ปัญหาเรื่องความกลัวการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ[11] จากการทบทวนรายงานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทย เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล การบำบัดทางเลือกแบบผสมผสาน (complementary therapy) เช่น ดนตรีบำบัด การหายใจแบบใช้กะบังลม จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับ การเต้นของหัวใจเป็นปกติ ส่งผลต่อความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ

การนำการบำบัดทางเลือกมาใช้ในการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษา พบว่า การทำสมาธิร่วมกับการฝึกหายใจ (Deep breathing meditation) ช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้การหายใจช้าลงได้[12] ร่วมกับการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ทำให้มีความผาสุกด้านจิตใจ จึงควรนำไปผสมผสานในการพยาบาลผู้ป่วยในไอซียู ซึ่งจะส่งผลดีต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย[4] การฝึกหายใจลึกๆ (Deep breathing) จะมุ่งเน้นสมาธิจดจ่ออยู่ที่การหายใจ เพื่อจะช่วยทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า และมีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมในแต่ละวัน[13] การทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT สม่ำเสมอจะทำให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น มีสมาธิ จิตใจสงบ สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้[12] โดยมีหลักการสำคัญ คือ การปรับ56การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ การปฏิบัติสมาธิแบบ SKT ประกอบด้วยเทคนิค 7 ท่า โดยผู้ฝึกไม่จำเป็นต้องปฏิบัติทุกเทคนิค ซึ่งในแต่ละท่ามีเทคนิคที่เหมาะกับสภาพร่างกายหรืออาการเจ็บป่วยของแต่ละคน ผู้ฝึกปฏิบัติจึงไม่จำเป็นต้องปฏิบัติทุกท่า ทั้งนี้การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT สามารถทำควบคู่ไปกับการรักษาโรคได้ทุกรูปแบบและสามารถทดสอบแล้วว่าไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้เลือกการทำสมาธิบำบัดด้วยเทคนิคการหายใจแบบ SKT ในท่าที่ 1[14]ในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องด้วยท่านี้สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย เหมาะสำหรับผู้ที่เริ่มฝึก ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่อยู่ในช่วงการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะสามารถช่วยลดอัตราการหายใจ เพิ่มระดับออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต คลายความเครียด และลดความวิตกกังวล ควบคู่กับการรักษาตามแนวทางการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้วิจัยคาดหวังว่าความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและสามารถปรับตัวให้สามารถหายใจได้เองและหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาผลความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แนวคิดความวิตกกังวล

Lander และ Mark[15] ร่วมกับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT[14] เน้นการเสริมสร้างสมดุลกาย จิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 1

ประชากร

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตอายุรกรรมที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่า 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 7 วัน อยู่ในระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในระยะเวลา 120 นาที ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตอายุรกรรมที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และทำการวัดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามหมายเลขวันที่ ดังต่อไปนี้ 1) วันที่หมายเลขคู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะถูกสุ่มจัดเข้ากลุ่มควบคุม และ 2) วันที่หมายเลขคี่ ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะถูกสุ่มเข้าจัดเข้ากลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างจำนวนละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยวิธีปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง อีกร้อยละ 15 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตอายุรกรรมได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่า 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 7 วัน 3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีคำสั่งรักษาหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5) เป็นผู้ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 6) ระบบหัวใจและหลอดเลือดปกติ ตามเกณฑ์ดังนี้ 6.1) อัตราการหายใจ: RR ≤ 30 ครั้ง/นาที และ ≥ 8 ครั้ง/นาที 6.2) อัตราการเต้นของหัวใจ: HR นาที≥ 60 ครั้ง/นาที และ≤ 120 ครั้ง/นาที 6.3) ค่าความดันโลหิต: SBP ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท, ≤ 160 มิลลิเมตรปรอท MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท 6.4) ค่าออกซิเจนวัดที่ปลายนิ้วมือ: O2Sat ≥92 เปอร์เซ็นต์

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยมีภาวะไข้ BT ≥38.0 องศา 2) ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ (potassium < 3.5) 3) ผู้ป่วยมีภาวะชัก

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การนอนรักษาในไอซียู ระยะเวลาที่ใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล ประกอบการวัด 2 แบบ ดังนี้

1) การประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับออกซิเจน ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจใน 120 นาที

2) ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (Visual Analog Anxiety Scale) ลักษณะเครื่องมือเป็นรูปแบบเส้นตรงแนวนอนความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งความวิตกกังวล มีค่าตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน ระบุความรุนแรงลักษณะอาการนั้น โดยทำเครื่องหมาย (x) ลงในเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ (mild) ระดับปานกลาง (moderate) ระดับสูง (severe) และระดับรุนแรง (panic)

3) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เนื้อหา content validity index (CVI) ของแบบสอบถาม คู่มือสาธิตการทำสมาธิบำบัด คู่มือกระบวนการหย่าและการ

ถอดท่อช่วยหายใจ การประเมินความวิตกกังวลทางสรีระวิทยาและการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัดผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการประโยชน์ อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์และความยินยอมในการร่วม หรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการรักษาที่จะได้รับตามปกติ เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้านอัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมก่อนการทดลองใช้สถิติ paired t – test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann Whitney U Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้หลังจากได้รับ การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามร่วมกับศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่การรับรอง : 003/2566 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในทุกระยะของการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ อายุช่วง 41 – 86 ปี และประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ไม่เคยมีประสบการณ์การนอนรักษาตัวในไอซียู ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ เคยมีประสบการณ์นอนรักษาตัวในไอซียู ร้อยละ 16.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิส ก่อนได้รับการพยาบาลปกติ (Mean =126.8) ลดลงเมื่อเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลปกติ (Mean =135.8) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิส ก่อนได้รับการพยาบาลปกติ (Mean =77.5) ลดลงเมื่อเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลปกติ (Mean =78.9) ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจก่อนได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 83.9) ลดลงเมื่อเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 91.8) ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจก่อนได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 18.8) ลดลงเมื่อเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 21.7) ค่าเฉลี่ยออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือก่อนได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 98.5) เพิ่มสูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลปกติ (Mean =97.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ (n=30) ใช้สถิติ Paired t-test

กลุ่มควบคุม (n=30)	ก่อนได้รับการพยาบาลปกติ		หลังได้รับการพยาบาลปกติ		t-test	P-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิส (Systolic blood pressure)	126.8	17.4	135.8	18.1	- 3.183	.003*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิส (Diastolic blood pressure)	77.5	12.4	78.9	13.7	- 0.624	.538
อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)	83.9	12.9	91.8	17.3	- 4.012	.000*
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	18.8	3.7	21.7	4.2	- 4.274	.000*
ออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ (Oxygen saturation Scale)	98.5	1.3	97.0	2.1	3.918	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิสก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean = 135.3) เพิ่มสูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean =124.7) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิสก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean = 82.1) เพิ่ม สูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean =78.3) ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean = 88.6) เพิ่มสูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบหลังได้รับการสมาธิบำบัด (Mean =85.1) ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean = 19.9) เพิ่มสูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean =17.7) ค่าเฉลี่ยออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด (Mean = 98.4) ลดลงเมื่อเทียบหลังได้รับการทำสมาธิ (Mean =99.3) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด

กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด		หลังได้รับการทำสมาธิบำบัด		t-test	P-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิส (Systolic blood pressure)	135.3	16.4	124.7	27.7	2.940	.006*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด

กลุ่มทดลอง (n=30)	**ก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด**		**หลังได้รับการทำสมาธิบำบัด**		**t-test**	**P-Value**
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิส (Diastolic blood pressure)	82.1	12.3	78.3	11.9	3.206	.003*
อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)	88.6	12.1	85.1	11.1	3.249	.003*
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	19.9	3.3	17.7	3.3	5.540	.000*
ออกซิเจนที่ปลายนิ้วมือ (Oxygen saturation Scale)	98.4	1.4	99.3	1.1	- 3.710	.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัดของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (Mean = 40.8) มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Mean = 20.2) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน ได้รับการทำสมาธิบำบัด ใช้สถิติ Mann-Whitney Test

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อน ได้รับการทำสมาธิบำบัด	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-Value
กลุ่มควบคุม	30	20.2	605.0	-4.626	.000*
กลุ่มทดลอง	30	40.8	1224.5		
รวม	60				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการทำสมาธิบำบัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (Mean = 21.3) น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Mean = 39.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลัง ได้รับการทำสมาธิบำบัด ใช้สถิติ Mann-Whitney Test

ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวล หลัง ได้รับการทำสมาธิบำบัด	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-Value
กลุ่มควบคุม	30	39.2	1177.0	-4.37	.000*
กลุ่มทดลอง	30	21.8	653.0		
รวม	60				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า ผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดมีการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 93.3 มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติที่มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 56.7

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นไปตามสมมติฐานดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้ทำสมาธิบำบัดมีความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจต่ำกว่าเมื่อเทียบก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด โดยพบว่าก่อนเข้าร่วมการทำสมาธิบำบัด กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล (Mean = 40.8) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำสมาธิบำบัด พบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล (Mean= 21.3) ต่ำกว่าก่อนการทำสมาธิบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Greer et al.[16] การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดโดยการนำเอาการปฏิบัติสมาธิมาใช้เป็นส่วนหนึ่ง พบว่า คะแนนความวิตกกังวลลดลง และจากการศึกษา Jitrarat[17] พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับกิจกรรมจากโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดแล้ว ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการจัดการอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง ความวิตกกังวลจึงลดลงลง จากการศึกษาของ Zeidan et al.[18] กลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการฝึกการเจริญสติ แล้วทำ ตรวจร่างกายโดยใช้สนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุความถี่จำเพาะ (MRI) พบว่า มีการกระตุ้นสมองในการทำงานของสมอง ส่วน anterior cingulate cortex, anterior insular และ ventromedial prefrontal cortex ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลลดลง การเผาผลาญออกซิเจนลดลง การหายใจลดลง และความวิตกกังวลลดลง ร่วมกับการฝึกหายใจ (deep breathing meditation) การทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT สม่ำเสมอจะช่วยทำให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น มีสมาธิ จิตใจสงบ สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้[12] และได้ปฏิบัติตามหลักความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรม ทำให้มีความผาสุกด้านจิตใจ จึงควรนำไปผสมผสานในการพยาบาลผู้ป่วยในไอซียู ซึ่งจะส่งผลดีต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดมีความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทำสมาธิบำบัด ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 รองลงมาคือ ความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 36.7 และระดับสูง ร้อยละ 6.7 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนใหญ่พบว่ามีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ความวิตกกังวลระดับรุนแรง ร้อยละ 26.7 และระดับสูง ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al.[11] พบว่าความวิตกกังวล และความกลัวการหายใจลำบากมีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการศึกษาของ ณัฐธิดา พระสว่าง, รัชนก คชไกร และยุพา จิ๋วพัฒนกุล[19] พบว่า การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 3 อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลดีกับผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐ์ธัญศา ยิ่งยงเมธี, ดารารัตน์ อยู่เจริญ, จุฑารัตน์ สว่างชัย, และคณะ[20] พบว่า การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT จะช่วยส่งผลดีกับกลุ่มผู้ป่วย

เบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับอ้วน และมีภาวะเครียดร่วมด้วย เมื่อทำการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดลดลง ฮอร์โมนเบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้นส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลงและสามารถป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ อีกทั้งยังทำให้ระดับอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมนลดลง เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ และลดความเครียด ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น

3. ผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จสัดส่วนมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด กลุ่มทดลองหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ร้อยละ 93.3 มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกานต์ กลิ่นเชตุ และคณะ[6] พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถทำนายความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และการศึกษาของ ขวัญฤทัย พันธุ และทักษิกา ชัชวรัตน์[21] พบว่า อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือการทำงานเป็นทีมในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ทุกระยะของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องเฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่าง ซึ่งต้องประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

ย่างไรก็ตาม ในสภาวะเจ็บป่วยในระยะวิกฤตย่อมก่อให้เกิด ความวิตกกังวล ความเครียดที่มีต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้เกิดการรับรู้ การตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง จึงมีความต้องการคำแนะนำ ชี้แนะ การที่ผู้ป่วยได้ฝึกสมาธิบำบัดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานกับการดูแลแบบปกติจะช่วยให้ร่างกายสามารถเยียวยาและลดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 ผสมผสานกับการพยาบาลแบบปกติในหอผู้ป่วยอื่น

2. เพื่อลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อไปและนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันเพื่อลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

เอกสารอ้างอิง

1. Puttiwanit, S., Puttiwanit, N., & Suwanwaha, S. (2021). Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: A Meta-Analysis. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8(3), 159-172.
2. Dar, M., Swamy, L., Gavin, D., & Theodore, A. (2021). Mechanical-ventilation supply and options for the COVID-19 pandemic. Leveraging all available resources for a limited resource in a crisis. Annals of the American Thoracic Society, 18(3), 408-416.
3. Chaichumkhun, J. (2021). The number of patients with severe symptoms requiring ventilators increases every day. Summary of statistics of COVID-19 infections over the past 10 days. Retrieved from https://thematter.co/quick-bite/stat-daily-cases-in-10-days/148064
4. Kusoom, W., & Krongyuth, S. (2020). Psychological impacts on patients with critical illness: Management strategies. Thai Journal of Nursing, 69(3), 53-61.
5. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก, (2565) สรุปรายงานผู้ป่วย. โรงพยาบาลมหาสารคาม,

6. Klinchet, N., Kanglee, K., Angkanawin, U., & Suksirisak, P. (2022). Perceptual and Mental Readiness of Patients with Nursing Practice in Weaning From Mechanical Ventilation. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 23(1), 49-56.
7. Taylor, C. R., Lynn, P. B., & Barlett, J. L. (2019). Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer10. Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., et al. (2007). Weaning from mechanical ventilation. European Respiratory Journal, 29(5), 1033-1056.
8. Kusoom, W. (2017). Critical Care Nursing: A Holistic Approach. 6th ed. Bangkok: Saha Pracha Panich.
9. Panfuang, P., Namvongprom, A., & Pakdevong, N. (2015). The Eff ectiveness of Weaning Protocol on Weaning Success and Duration of Mechanical Ventilation in Critical Patients with Mechanical Ventilator. Journal of Nursing and Health Care, 33(3), 159-167.
10. Nojai, V., Khampeera A., Kajai, C., Khumdee, B., & Rimchan, K. (2018). Effects of Somporn Kantharadussadee Triumchaisri (SKT) Meditation on Blood Glucose Levels of Pre-diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19(3), 175-184.11. Chen, Y. J., Jacobs, W. J., Quan, S. F., Figueredo, A. J., & Davis, A. H. (2011). Psychophysiological determinants of repeated ventilator weaning failure: an explanatory model. American Journal of Critical Care, 20(4), 292-302.
11. Funk, G. C., Anders, S., Breyer, M.K., Burghber, O.C., Edelmann, G., Heindl, W., et al. (2010). Incidence and outcome of weaning from mechanical ventilation according to new categories. ERJ, 35, 88-90.
12. Pinkaew, O., Kangchai, W., & Rattanajarana, S. (2021). The Effects of a Symptom Management Program Combined with SKT Meditation on Dyspnea, Oxygen Saturation, and Anxiety among Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29(2), 59-70.
13. Usapean, A. (2019). The acute effects of yoga breathing on stress and brainwaves in pre-retirement age persons. The master thesis of science in sports and exercise science common course, faculty of sports science, Chulalongkorn University.
14. Triamchaisri, S. K. (2017). Meditation for health healing. Bangkok: Samchareon Phanich.
15. Lader, M., & Marks, I. (1971). Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton.
16. Greer, J. A., MacDonald, J. J., Vaughn, J., Viscosi, E., Traeger, L., McDonnell, T., et al. (2015). Pilot study of a brief behavioral intervention for dyspnea in patients with advanced lung cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 50(6), 854-860.
17. Jitrarat, N. (2017). The effect of symptom management combined with meditation practice on dyspnea in advanced lung cancer patients undergoing chemotherapy. Songklanagarind Journal of Nursing, 37(1), 24-37.
18. Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2014). Neural correlates of mindfulness meditation- related anxiety relief. Social cognitive and affective neuroscience, 9(6),751-759.
19. Prasawang, N., Koshakri, R., & Yupa Jewpattanakul, Y. (2018). Effects of the Sitting Breathing Meditation Combined with Usual Care on Blood Pressure among Patients with Essential Hypertension in Primary Care Unit. Journal of Nursing and Health Care, 36(1), 33-42.
20. Yingyongmatee, N., Yucharoen, D., Sawangchai, J., Wonglamthong, S., Nimitpornchai, P. (2020). The effectiveness of SKT's Meditation Therapy on Glucose Levels in Diabetic Patients with Poor Glycemic Control. Region 4-5 Medical Juornal, 39(2), 228-238.
21. Panthu, K., & Chachvarat, T. (2018).· Nurses' experiences in weaning critically ill patients from ventilators. Journal of Nursing, Public Health, and Education, 19(2), 29-39.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a GREEN & CLEAN Hospital Challenge, An Operation Model of Yangsisurat Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

ธัญญามาศ เทพสาร[1], ภิรญา พินิจกลาง[2], จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง[2], กาญจนา จันทะนุย[3]
Thanyamas Tepsarn[1], Phiraya Pinisklang[2], Janphen Sawangthaisong[2], Kanjana Chanthanui[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช ประเมินผลการพัฒนารูปแบบโดยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ตามแนวคิด Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติ (Action) 3) สังเกตผล (Observation) และ 4)การสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับแนวคิดการดำเนินการตามกลยุทธ์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (PIRAB) กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อม บุคลากรเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและผู้มารับบริการ จำนวน 92 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation)

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช คือ Y-A-N-G-H-O-S Model ประกอบด้วย 1) Yardstick & Yield : ยึดมาตรฐาน 2) Accountability : รับผิดชอบในหน้าที่ 3) Network : การมีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม 4) Good Governance : ยึดหลักธรรมาภิบาลในการทำงานที่ดี 5) Holistic Health : การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 6) Objective : มีเป้าหมายที่ชัดเจน และ 7) successive : มีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ การรับรู้บทบาท การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช ประกอบด้วยหลัก 4 P ดังนี้ 1) Policy มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3) Patients Focus มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป้าหมายในการพัฒนา และ 4) Personal Safety บุคลากรมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, สิ่งแวดล้อม, GREEN & CLEAN Hospital Challenge

Abstract

This study was action research. The purpose of this research was to study the development of the GREEN & CLEAN Hospital Challenge model at Yangsisurat Hospital, evaluating the results of the development of the model by applying the concept of Kemmis & Mc Taggart (1988), consisting of 4 main steps : 1) Planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection. Staff in the hospital and visitors and the concept of implementing the key strategies of the Ministry of Public Health (PIRAB). A total of 92 people were selected for a specific sample. Data were collected by questionnaire and group discussion, quantitative data analysis by frequency, percentage, mean, and statistics, paired t-test analyzed qualitative data by content analysis, and verified the reliability of data triangulation .

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The results of the study showed that the GREEN & CLEAN Hospital Challenge operating model The Y-A-N-G-H-O-S Model consists of 1) Yardstick & Yield: Adhere to standards, 2) Accountability: Responsible for duties, 3) Network: Coordinate and work as a team, 4) Good Governance: Adhere to good governance principles, 5) Holistic Health: Holistic health care, 6) Objective: Have clear goals, and 7) Successive: There is continuous development to drive the work. The results of the evaluation of the model created showed that the sample had a knowledge score. Perceptions of roles, participation, and satisfaction with operations increased statistically significantly. ($p<0.05$) The factors for the success of developing the GREEN & CLEAN Hospital Challenge operating model at Yangsisurat Hospital consist of the following 4 P's: 1) Policy with a clear operational policy, 2) Participation of all sectors, 3) Patients Focus, with service recipients as the center of development goals, and 4) Personal Safety.

Keyword: Model Development, Environment, GREEN & CLEAN Hospital Challenge

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (2560 - 2579) ด้านสาธารณสุขตามนโยบาย การปฏิรูปของประเทศไทยรัฐบาล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีมีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงาน เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภายใต้ GREEN & CLAEN Hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน นโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การยกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้ตามมาตรฐานแล้ว สามารถเลือกพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน และเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[1]

มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ประกอบด้วย 5 กิจกรรม GREEN ได้แก่ G: Garbage คือ การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท R: Restroom คือ การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอและปลอดภัย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล E: Energy คือ การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร E: Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล มีแบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทั้งหมด 15 ข้อ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับมาตรฐาน (Standard) 2) ระดับดีเยี่ยม (Excellent) 3) ระดับท้าทาย (Challenge) สำหรับการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม และมีการพัฒนาเพิ่มในระดับท้าทายตามประเด็นที่โรงพยาบาลให้ความสนใจ โดยปัจจุบันมีแนวทางการพัฒนาในระดับท้าทาย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbonand Climate Resilient Health Care) ด้านที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ด้านที่ 3 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy) และด้านที่ 4 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Medical Waste Management) การดำเนินกิจกรรม GREEN จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร โดย C-L-E-A-N ประกอบด้วย C:

Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายการดำเนินงานด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม L: Leader สร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน E: Effectiveness เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่าง มีส่วนร่วม N: Network ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย[1]

การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของจังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลเป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 13 แห่ง ผลการดำเนินงานปี 2565 พบว่า โรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับท้าทาย 3 แห่ง ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 23.08 ไม่ผ่านการประเมินระดับท้าทาย 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.92 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ส่งเสริมโรงพยาบาลในพื้นที่ให้ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านและเกิดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย[2]

โรงพยาบาลยางสีสุราช เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่ก่อมลพิษและเอื้อต่อประชาชนผู้มารับบริการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้มาปฏิบัติงาน ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงมีส่วนร่วมในการลดการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ โดยการลดกระบวนการที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกภายในโรงพยาบาล สร้างกระแสความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรม ลดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศให้กับโรงพยาบาล สร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากร และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาจนนำไปสู่การเป็นต้นแบบ ขยายผลสู่ผู้รับบริการและสังคมไทย ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ประชาชนโดยรอบ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลยางสีสุราชผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี ในปี 2560 ผ่านระดับดีมาก PLUS ในปี 2662 เพื่อพัฒนายกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital (Plus) สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในปีงบประมาณ 2566 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาและยกระดับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อการให้บริการของสถานบริการการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกระบวนการวิจัย โดยประยุกต์ตามแนวคิด Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติ (Action) 3) สังเกตผล (Observation) และ 4)การสะท้อนผล (Reflection)[3] ร่วมกับแนวคิดการดำเนินการตามกลยุทธ์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (PIRAB) ดังนี้ 1) P: Partnership สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการพัฒนายกระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนำร่องส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมและผลักดันให้เกิด

กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best practices 2) I: Investment สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการศึกษาค้นคว้าวิจัยแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 3) R: Regulation & Law สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการที่เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานวิชาการ ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้กรอบ GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมและเป็นรูปธรรม 4) A: Advocate ส่งเสริมให้เกิดกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายที่เข้มแข็งระดับกระทรวง รวมถึงกำกับ ติดตาม สนับสนุนการรับรองความสำเร็จให้กับโรงพยาบาลที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 5) B: Building capacity เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ ด้านการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ[2] ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566 ระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ ซึ่งวงรอบที่ 1 ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 และวงรอบที่ 2 ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566 ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นตัวแทนเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อม 32 คน บุคลากรเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวน 30 คนและผู้มารับบริการ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 92 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการเครื่องมือเพื่อการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของโรงพยาบาลยางสีสุราช จำนวน 5 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย กิจกรรม GREEN ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน

2) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาทั้งหมด 3 กิจกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน

3) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล จำนวน 5 องค์ประกอบ 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน

4) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน

5) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน

2. แบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน

ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ข้อ 1-5 เป็นคำถามเกี่ยวกับกลยุทธ์ CLEAN ข้อ 6-20 เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรม GREEN รวม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทในการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัย ต้องการความลึกความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา การสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน

2) แบบสังเกตกระบวนการ เป็นการบันทึกที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัยต่อผู้ร่วมวิจัยใน การมีส่วนร่วมกิจกรรมในระยะวางแผนและระยะสะท้อนผล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดง ความเห็นการเสนอข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นปรับแก้ไข เนื้อหาตามข้อเสนอแนะ นำไปทดสอบ(Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ลักษณะทางประชากร ด้านความรู้ การรับรู้บทบาท การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยการวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นศึกษา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้ผ่านการอนุมัติรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 2/2565 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 60.87 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.35 สถานภาพสมรส ร้อยละ

70.65 ระดับการศึกษามากที่สุดคือจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.73 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.26 ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และร้อยละ 68.4 ไม่เคยอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และเคยเป็นคณะกรรมการอื่นๆ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร ฯ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ HA คณะกรรมการควบคุมติดเชื้อในโรงพยาบาล และคณะกรรมการอนุรักษ์พลังงาน ร้อยละ 46.73 สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยางสีสุราช ภาคีเครือข่าย ประชาชนโดยรอบ รวมถึงผู้มารับบริการ เข้ามามีส่วนร่วมการในดำเนินแก้ไขปัญหาทำให้เกิดกิจกรรมมอบรมให้ความรู้ในการจัดการมูลฝอยแก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การจัดสรรตั้งงบประมาณปรับปรุงส้วมที่ได้มาตรฐาน การปรับปรุงระบบผลิตน้ำประปา การสร้างระบบน้ำ RO เกิดการใช้นโยบายลดพลังงาน เช่น กำหนดเวลาในการ เปิด ปิดเครื่องปรับอากาศ การนำน้ำทิ้งที่ผ่านเกณฑ์มาใช้ประโยชน์ จัดซื้อผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สอนและสาธิตกายบริหารขั้นต้นที่สามารถทำได้เองที่บ้านโดยนักกายภาพ เพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาลโดยการปลูกต้นไม้ในวันสำคัญต่างๆ เป็นการปลูกต้นไม้และผลไม้ ประจำถิ่น เช่น น้อยหน่า กล้วย มะม่วง มะไฟ และมีการทำนาปลูกข้าวในโรงพยาบาลและยังมีการอบรมและตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาหาร ส่งตรวจคุณภาพอาหารของโรงพยาบาลอีกด้วย จากการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช ได้พัฒนาคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (คู่มือการจัดการของเสียทางการแพทย์,คู่มือการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล,คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล,คู่มือการจัดการพลังงานและทรัพยากร,คู่มือการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และคู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม) และเกิดกระบวนการพัฒนาขึ้น รวมทั้งสิ้น 12 ขั้นตอน

จากการถอดบทเรียน พบว่า คณะกรรมดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge *“ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างนี้มานานแล้ว อบรมวันนี้ทำให้มีความรู้ในเรื่องดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาต่อไป”* เจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมได้เสนอความคิดเห็นว่า *“การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ผ่านมา ทำให้เราได้รับรู้ ปัญหา/อุปสรรค/จุดแข็ง/จุดอ่อน ซึ่งการแก้ไขหรือการพัฒนาต้องอาศัยการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เราจึงจะเห็นปัญหาและสามารถทำการแก้ไขปรับปรุงได้ทันที ลดผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม”* เจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมได้เสนอความคิดเห็นว่า *“การได้รับจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงห้องน้ำของผู้มารับบริการที่ชำรุด ได้รับการปรับปรุงตามมาตรฐานของ HAS”* ผู้นำชุมชน *“โรงพยาบาลมีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเห็นได้ชัดกว่าแต่ก่อน สะอาด สวยงาม น่าใช้บริการ”*ตัวแทนภาคประชาชน *“โรงพยาบาลมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ดีและปลอดภัย ไม่มีข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมจากชุมชนโดยรอบ”* คณะกรรมดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge *“การร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทำให้การประเมินตนเองของโรงพยาบาลยางสีสุราชผ่านเกณฑ์การประเมิน และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน”*

2.ผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 12.5 เป็น ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เท่ากับ 12.36 และ 17.84 ตามลำดับ เมื่อ

นำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (pvalue<0.001)

ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทระดับมาก ร้อยละ 18.75 และหลังการพัฒนามีบทบาทการดำเนินงานมากขึ้น โดยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.38 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านบทบาท ก่อนและหลังการดำเนินงาน เท่ากับ 1.94 และ 2.57 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ก่อนการพัฒนามีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 34.78 หลังการพัฒนามีส่วนร่วมในระดับมากเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 86.96 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการมีส่วนร่วมก่อนและหลัง เท่ากับ 1.84 และ 2.72 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ก่อนการพัฒนามีความความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 35.0 และหลังการพัฒนาความพึงพอใจในระดับมากเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 86.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนาเท่ากับ 1.97 และ 2.78 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สิ่งที่ได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ คือ คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (6 ด้าน ได้แก่ คู่มือการจัดการของเสียทางการแพทย์,คู่มือการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล, คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล,คู่มือการจัดการพลังงานและทรัพยากร,คู่มือการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และคู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม) และเกิดรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge ที่เรียกว่า Y-A-N-G-H-O-S Model ดังภาพที่ 2

Y-A-N-G-H-O-S MODEL

Y	= Yardstick & Yield : ยึดมาตรฐาน
A	= Accountability : รับผิดชอบในหน้าที่
N	= Network : การมีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม
G	= Good Governance : ยึดหลักธรรมาภิบาลในการทำงานที่ดี
H	= Holistic Health : การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
O	= Objective : มีเป้าหมายที่ชัดเจน
S	= successive : มีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน Y-A-N-G-H-O-S Model

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge

จากกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital Challenge ของโรงพยาบาล

ยางสีสุราช จากการสังเคราะห์จะพบว่าปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาโรงพยาบาลเกิดความสำเร็จได้ ด้วยหลัก 4 P ดังนี้

1) P : Policy การมีนโยบายที่ชัดเจน จากผู้บริหารทำให้มีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน

2) P: Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานทั้งการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของบุคลากรได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับผลประโยชน์ ก่อเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

3) P: Patients Focus การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการดุจญาติมิตร ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมาเป็นลำดับแรกในการดูแลรักษาผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้การพัฒนามีความต่อเนื่องและก้าวยิ่งขึ้นไป

4) P: Personal Safety บุคลากรมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ไม่มีอันตรายที่ป้องกันได้ต่อบุคลากรในระหว่างขั้นตอนการทำงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital Challenge โดยภาพรวมมีการพัฒนาที่ดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ การรับรู้บทบาทในการพัฒนา การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการพัฒนา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรัญรัตน์ ธานี และ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value< 0.05) ด้านความรู้ ความเข้าใจ การมีบทบาทในการพัฒนา การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ (p-value< 0.05)[4] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นริศรา นพคุณ และสุรพงษ์ ชูเดช (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ผลการการวิจัยพบว่า มีปัจจัย 4 ด้านได้แก่ ความรู้ ในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและแรงจูงใจในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[5] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกษศิริ เจือจันทึก ได้ศึกษาการประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ผลการการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย โดยรวมและรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด[6] จากการทำการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนา PAOR Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติ (Action) 3) สังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)[3] ร่วมกับแนวคิดการดำเนินการตามกลยุทธ์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (PIRAB) พบว่าภายหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนา แต่ผู้วิจัยเห็นว่า ในกระบวนการพัฒนาของโรงพยาบาลยังต้องพัฒนาเพิ่มขึ้นในประเด็นของการเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้เพิ่มมากขึ้นที่ สำคัญคือ การกระตุ้นในบุคลากรในทุกระดับเข้ามาทำงานร่วมกันมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยแรงกระตุ้นจากหัวหน้า หรือคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล และอาจจะต้องเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนางานในเขต

รับผิดชอบในแต่ละกลุ่มงาน แบ่งพื้นที่การพัฒนา และสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันการพัฒนาในโรงพยาบาล ให้รางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจ ในเกิดการพัฒนางานอย่างอย่างเนื่องซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอำพรรณ จันทโรกร และคณะ[7] ได้ทำการศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีจริยธรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อนโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ ผลการศึกษา พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมจะต้องมีขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จ ซึ่ง ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนวางแผน ร่วมกันวางแผนจัดทีมแบ่งโซน การจัดทำแผนการบำรุงรักษาอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยลดพลังงาน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติจะต้องปลูกฝัง สร้างความตระหนัก จิตสำนึก ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สร้างโอกาสให้บุคลากรได้เพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และลงมือปฏิบัติภารกิจที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ สุ่มสังเกต สุ่มตรวจไม่ให้รู้ล่วงหน้า ชื่นชมให้รางวัลตามผลสำเร็จของงาน เพื่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน และ 4) ขั้นตอนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงาน ปรับบทบาทหัวน้า โดยกำกับดูแลใกล้ชิด เพื่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานอย่างเป็นระบบ[7] และจากการการศึกษาความสำเร็จในการพัฒนาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปกระบวนการพัฒนาและปัจจัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge พัฒนาเกิดความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 1) Yardstick & Yield : ยึดมาตรฐาน 2)Accountability: รับผิดชอบในหน้าที่ 3)Network:การมีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม 4) Good Governance : ยึดหลักธรรมาภิบาลในการทำงานที่ดี 5) Holistic Health : การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม 6) Objective : มีเป้าหมายที่ชัดเจน และ 7) successive : มีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องซึ่งรูปแบบการดำเนินงานนี้ เรียกว่า Y-A-N-G-H-O-S Model โดยสรุปกระบวนการที่ดำเนินการที่ช่วยส่งเสริมให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จได้ประกอบด้วยหลัก 4 P ดังนี้ 1) Policy การมีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารทำให้มีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติมีเข็มมุ่งในการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน 2)Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานทั้งการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ บุคลากรได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับผลประโยชน์ ก่อเกิดความภาคภูมิใจร่วมกันและ 3) Patients Focus การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการดุจญาติมิตรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมาเป็นลำดับแรกในการดูแลรักษาผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้การพัฒนามีความต่อเนื่องและอาจจะส่งผลถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชนเพิ่มมากขึ้น 4) Personal Safety บุคลากรมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ไม่มีอันตรายที่ป้องกันได้ต่อบุคลากรในระหว่างขั้นตอนการทำงาน สอดคล้องกันการศึกษาของศรัญรัตน์ ธานี และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์[4] พบว่า กระบวนการพัฒนาและปัจจัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital พัฒนาเกิดความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีกำหนดกิจกรรม แนวทางร่วมกันที่ชัดเจน มีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเกิดจากการได้เป็นผู้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำงาน มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน เพื่อการมีสุขภาพที่ดีเป็นเป้าหมายหลัก ตลอดจนความเป็นเอกภาพในการทำหน้าที่อย่างรับผิดชอบ และมีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนางานที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมสร้างแรงจูงใจการทำกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge สำหรับผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง สม่ำเสมอ โดยการมอบรางวัล การเลื่อนขั้นเงินเดือน หรือประกาศยกย่องชมเชยถึงความสำเร็จในการทำงาน เพื่อให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรมีการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มในระดับท้าทายตามประเด็นที่โรงพยาบาลให้ความสนใจและมีความพร้อม เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านและเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช คณะกรรมการ ENV บุคลากรทุกท่าน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดจนคณาจารย์และผู้ให้คำปรึกษาที่ช่วยชี้แนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณครอบครัวของข้าพเจ้าที่ให้กำลังใจและผลักดันให้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ บริษัทมินนี่ จำกัด.
2. สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2565 สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. งานยุทธศาสตร์สุขภาพ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
3. Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria, Australia: Deaken University Press.
4. ศรัญรัตน์ ธานี และ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 12(1), 5-14.
5. นริศรา นพคุณ และ สุรพงษ์ ชูเดช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 12-23.
6. เกษศิริ เจือจันทึก. (2566). การประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(2), 668-675.
7. อำพรรณ จันทโรกร และคณะ. (2560). การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีจริยธรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3),121-133.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of Breast self Examination Promoting Program of Perceive self-efficacy on Village health volunteers in Phu Wiang Subdistrict, Phu Wiang District, Khon Kaen Province.

(Received: October 31,2024 ; Revised: November 9,2024 ; Accepted: November 17,2024)

อมรา ดวงเตชะ[1]
Ummara Duangtecha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi - experimental research pre-posttest design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปี 2567 คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G- power เก็บข้อมูลโดย แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังทดลอง (mean = 22.19) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean = 13.56) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หลังทดลอง (mean= 89.35) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean= 58.79) และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังทดลอง (mean= 31.80) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean= 12.43) โดยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho <$ 0.05)

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โรคมะเร็งเต้านม อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of breast self-examination promotion program of perceive self-efficacy on village health volunteers in Phu Wiang Subdistrict, Phu Wiang District, Khon Kaen Province. The sample group was village health volunteers were selected by simple random sampling 60 cases in Phu Wiang Subdistrict, Phu Wiang District, Khon Kaen Province. The sample size was calculated by the G-power program. Data were collected questionnaire on breast cancer knowledge and breast self-examination questionnaire, perceive self-efficacy questionnaire and breast self-examination behavior. Data were analyzed using paired sample t-test.

The study found that the village health volunteers was higher knowledge of breast cancer and breast self-examination than after the experiment (mean = 22.19) than before the experiment (mean = 13.56), perceive self-efficacy after the experiment (mean = 89.35) was higher than before the experiment (mean = 58.79), self-examination behavior after the experiment (mean = 31.80) was higher than before the experiment (mean = 12.43). there were a significant in knowledge of breast cancer and breast self-examination, perceive self-efficacy and breast self-examination behavior before and after the experiment ($\rho <$ 0.05).

Keywords: Perceive self-efficacy, Breast cancer, Village health volunteers

บทนำ

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

โรคมะเร็งเต้านมนับเป็นหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้หญิงซึ่ง สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนั้นเกิดจาก พันธุกรรม วิถีชีวประวัติ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งชนิดนั้น โดยผู้ที่มีญาติใกล้ชิดมารดาหรือพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นสองเท่าและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นทำให้ป้องกันการเกิดโรคได้ยาก พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรม และสภาวะแวดล้อมโดยสตรีที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ทุกช่วงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม (นรเศรษฐ์ สมานไทย, 2562) องค์การอนามัยโลก[1] ได้คาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จะมีแนวโนมเพิ่มขึ้นสูงถึง 2.74 ล้านราย มีผู้เสียชีวิต 857,000 รายต่อปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3.19 ล้านราย และเสียชีวิต 1.04 ล้านราย ภายในปี พ.ศ. 2583 สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 พบว่า มีสตรีไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 18,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 49 คนต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง เต้านมประมาณ 4,800 คน หรือคิดเป็น 13 คนต่อวัน ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 22,000 คนต่อปี และยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของสตรีไทยในกลุ่มโรคมะเร็ง ส่วนจังหวัดขอนแก่น โดยในช่วงปี 2564-2566 มีอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 2,755 3,011 และ 3,243 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.40, 0.44 และ 0.47 ตามลำดับ มีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 11 12 และ 10 ราย ส่วนอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ในปี 2564-2566 มีอัตราการป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากร 112 127 และ 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.45, 0.52 และ 0.55 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรง และสามารถรักษาโรคให้หายขาดรวมทั้งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้[2]

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสำหรับประเทศไทยถือเป็นนโยบายทั่วไปซึ่งมีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และรับการตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางสาธารณสุขหากพบความผิดปกติ[3] อย่างไรก็ตามนโยบายระดับชาติ เช่น การมีกฎหมายโรคมะเร็งแห่งชาติ ให้การตรวจ Mammogram และ Ultrasound ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สตรีสามารถเข้าถึงเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีมาตรฐานยังขาดการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีหลักฐานสนับสนุนว่า ช่วยให้ค้นพบมะเร็งและได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกซึ่งสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ประมาณร้อยละ 20-40 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 88 ของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย จะมีชีวิตรอดอย่างน้อย 5 ปี ภายหลังการวินิจฉัย(กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สอดคล้องกับสมาคมมะเร็งประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้เสนอแนะให้สตรีตรวจเต้านมตนเอง ร่วมกับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป[4]ดังนั้นหากสตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการลุกลาม และลดความรุนแรง และลดการเสียชีวิตลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ[5]พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.338$, P-value < 0.001) และปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (r = 0.416, P-value < 0.001) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส[6] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านเจตคติและความรู้ และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้านประวัติการมีประจำเดือนและ ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงด้วยโรคมะเร็งเต้านม และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 30-70ปี ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส การศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ตำบลบ่อไทย จังหวัดเพชรบูรณ์[7] พบว่า ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (20-49 ปี) ที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนจาก อสม. แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแรงสนับสนุนจากเพื่อน ซึ่งปัจจัยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้ร้อยละ 36.1 และการศึกษา เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[8] พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เห็นได้ว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม แรงสนับสนุนจาก อสม. และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมจึงจำเป็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขควรได้รับการส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมด้วยอันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและนำไปสู่การดำเนินงานครอบคลุมสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ได้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมกระทำโดยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพในปี 2567 ไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม แต่กลับพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยระยะที่ 1 จำนวน 3 ราย ระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 3 จำนวน 6 ราย การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่ได้นำอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมคัดกรองมะเร็งเต้านม และไม่ได้มีการทำงานเชิงรุก เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการป้องกันโรคอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็น Change Agent ที่จะสามารถเป็นผู้นำด้านการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม รวมทั้งสามารถสื่อสารแนวทางการตรวจเต้านมแก่ประชาชนได้ ปัญหา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้และไม่เคยฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ได้ด้วยตนเองก็ตาม จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้การตรวจเต้านมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาจะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรูสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre-Posttest Design) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยผสมผสานระหว่างทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน9 ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจซึ่งแสดงถึงการตัดสินในศักยภาพของตนเองที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุผล และแนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่ประชาชนเลือกเข้ามาเป็นตัวแทนด้านสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอันจะนำไปสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปี 2567 จำนวน 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปี 2567 คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้

Inclusion criteria 1. เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 55 ปี 2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

Exclusion criteria 1. เข้าร่วมโครงการไม่ครบกระบวนการ 2. มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล(Effect size) d = 0.91 ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์[10] โดยผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลอง เท่ากับ 24.2 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ20.6 และให้อำนาจในการทดสอบ 1-β =.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษานี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และประสบการณ์การเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[11] ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 25 ข้อ

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถาม[11]ที่มีข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[11] ที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาแก้ไขปรับปรุง และนำไปทดลองใช้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลใกล้เคียง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) และหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์เป็นรายด้านมีค่าเท่ากับ 0.89 0.81 และ 0.92

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข[12] ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience)

- การบรรยายความรู้ ชมวีดีทัศน์โรคมะเร็งเต้านม
- การสาธิตการตรวจเต้านมทีละขั้นตอน และแบ่งเป็นลำดับขั้นให้ปฏิบัติ
- การทดลองฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อย และรายบุคคลกับหุ่นเต้านมจำลอง มีการสอนแนะอย่างใกล้ชิด มีการแก้ไขข้อบกพร่องเป็นระยะและฝึกปฏิบัติซ้ำจนประสบความสำเร็จ
- การมอบหมายงานให้ อสม.ฝึกทักษะการตรวจเต้านม
- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสอนแนะเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 2 การใช้ตัวแบบ (modeling)

- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบและการสอนแนะเพิ่มเพิ่มเติม
- การชมวีดีทัศน์ผู้ที่หายจากโรคมะเร็งเต้านม

กิจกรรมที่ 3 การชักจูงโดยใช้คำพูด(verbal. persuasion) และกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

- การใช้คำพูดที่เป็นเหตุผลเพื่อโน้มน้าวใจให้มีส่วนร่วม
- การพูดให้กำลังใจ ให้รางวัล และสอนแนะตัวอย่างเทศนิคในการป้อนกลับคืน การชม-ติ-ชม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นเพื่อประชาสัมพันธ์ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสิทธิของอาสมัครในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมและขอเก็บรวบรวมข้อมูลคณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และ แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ขั้นทำการทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 สัปดาห์ ณ หอประชุมโรงพยาบาลภูเวียง กำหนดระยะเวลา และกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 กิจกรรมการใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ(Mastery experience) โดย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ด้วยการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ 2) การแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีการสาธิตทีละขั้นตอนโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมมาแล้วจากสำ นักอนามัย การทดลองฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อยและรายบุคคลกับหุ่นเต้านมจำลอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยประจำ กลุ่มคอยให้คำ แนะนำ และแก้ไขข้อผิดพลาด ป้อนข้อมูลย้อนกลับ ในรายที่ไม่มั่นใจผู้ช่วยวิจัยจับมือพาปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการใช้ตัวแบบ (modeling) โดยการนำเสนอตัวแบบที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนแล้วสามารถตรวจพบด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเข้ารับการรักษาจนหายโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ให้ตัวแบบเป็นผู้ตอบตามคำถามและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ร่วมกิจกรรมซักถามกับตัวแบบ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal. persuasion) และกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยการใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกการมีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศความเป็นกันเองผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมข้อมูลที่ถูกต้องหรือข้อมูลที่ผู้ร่วมกิจกรรมควรได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นเพื่อประชาสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของอาสมัครในการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมและขอเก็บรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และ แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ขั้นทำการทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 สัปดาห์ ณ หอประชุมโรงพยาบาลภูเวียง กำหนดระยะเวลา และกิจกรรมดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังโดยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เมื่อวันที่ 9 ตุลาคมคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย CASHE 670027

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-50 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรส สมรส จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 83 มีอาชีพเกษตรกร 48 จำนวน คิดเป็นร้อยละ 80 และ มีรายได้น้อยกว่า 15,000 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น

อาสาสมัครสาธารณสุข มากกว่า 5 ปี จำนวน 28 คิดเป็นร้อยละ 46 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 48 คิดเป็นร้อยละ 80

2. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 13.56 ± 0.45) หลังทดลองพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 22.19 ± 0.56) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 58.79± 0.45 หลังการทดลองพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 89.35 ± 0.56) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$= 12.43±0.47) หลังการทดลองพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 31.80±0.56) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง (n= 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	แปรผล	M	SD	แปรผล
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	13.56	0.45	ปานกลาง	22.19	0.56	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	58.79	0.45	ปานกลาง	89.35	0.56	สูง
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	12.43	0.47	ต่ำ	31.80	0.56	สูง

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$.05 และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	S.D		
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	13.56	0.45	22.1	0.56	1.88	0.04*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข	58.7	0.45	89.3	0.56	1.79	0.03*
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	12.43	0.47	31.80	0.56	1.06	0.03*

สรุปและอภิปรายผล

สมมติฐาน กล่าวว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นที่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับรู้สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และได้รับรู้ว่าหากสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนและสม่ำเสมอแล้ว จะสามารถค้นหาก้อนเนื้องอกผิดปกติมะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่มได้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับโดยการตรวจเต้านมกับหุ่นจำลองเต้านม และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝึกปฏิบัติ การให้แผ่นพับในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิดิทัศน์ตัวแบบสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2, 3 เพื่อทบทวนความรู้ และเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งเต้านม และเน้นย้ำความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้เป็นปัจจัยขั้นแรก และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติในขั้นต่อไปสอดคล้องกับแนวคิด[9] ที่ว่า ผู้ที่ได้รับความรู้และความเข้าใจโดยการดูสื่อวิดีทัศน์ และการได้เห็นภาพ รวมถึงการได้ลงมือปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยตอบข้อสงสัยได้อย่างชัดเจนทำให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติ ความรู้จึงเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษา12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษา[13] พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการคัดกรองและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษา ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดำเนินการตรวจคัดกรองเต้านมเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

จากผลการศึกษานี้ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้

ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นให้มากขึ้น เพื่อประสิทธิผลของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการเป็นต้นแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมที่ให้คำปรึกษา และอำนวยความสะดวกในการเก็บ ข้อมูลวิจัย รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Breast cancer: behavioural choices and related interventions that reduce the risk of breast cancer include. 2022.

2.National Cancer Institute. Comprehensive cancer information. 2016.

3.กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2561-2565. 2564.

4.American Cancer Society. Cancer facts and figures. (2010).

5.ถนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อ่ำพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ30 –70 ปีในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ.2565; 2(1), 113-124

6.อภิญญา ก้อเด็ม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565; 2(3), 18-34

7.วรรณเพ็ญ ฉ่อยทะนงค์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ตำบลบ่อไทย จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.2565.

8.สินยา เทสมุทร และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2564); 34(2), 56-70.

9.Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company. 1997.

10.ศรัญญา งามนิมิต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564.

11.วัชรีวงค์ หวังมั่น. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2562.

12.นันทนา คงพัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกันทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563; 36(1), 112-123.

13.ลออ เชื้อฉุน. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567; 10(3), 139-152

14.สายรุ้ง ประกอบจิตร และสุมัทนา กลางคาร. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติ สายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2564.

การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Development of a Service Model for Diabetes Mellitus Patients using Telemedicine systems at Tha-Uthen Hospital Nakhonphanom Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: November 9,2024 ; Accepted: November 17,2024)

สุพัตรา เจนพาณิชพงศ์[1] วิวัลญา อุดมเดชาเวทย์[2]
Supattra Jenpanichpong[1] Wiwalya Udomdechawate[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน 2) พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล 3) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน 37 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการ สัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวาน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบสำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาสภาพการณ์และความต้องการการพัฒนารูปแบบ พบว่า ด้านผู้ป่วยเบาหวานขาดการรับบริการอย่างต่อเนื่อง มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ด้านกระบวนการ พบว่า การจัดบริการในโรงพยาบาลบริเวณรอตรวจมีสภาพแออัด ระยะเวลาในการรอรับบริการนาน ด้านข้อมูล พบว่า ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกัน ด้านบุคลากรมีจำกัด แต่ภาระงานมากขึ้น ความต้องการการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่รวดเร็ว ต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการ การเดินทางเข้ารับบริการมีความสะดวก ใกล้บ้านและประหยัดค่าใช้จ่าย รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การคัดเลือกและจัดกลุ่มผู้ป่วย 2) การลงทะเบียนรับบริการ 3) บริการ Telemedicine 4) การจัดส่งยา 5) การเสริมพลังและติดตาม หลังการใช้รูปแบบ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลโดยรวม อยู่ในระดับมาก และผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบบริการ, ผู้ป่วยเบาหวาน, ระบบการแพทย์ทางไกล

ABSTRACT

The purposes of this action research were: 1) to study the current situation and needs for the development of a service model for diabetes patients, 2) to develop a service model for diabetes patients using the telemedicine system, and 3) to evaluate the developed the service model. The sample comprised 37 diabetes patients were selected by purposive sampling. The research instruments were used. (1) Focus group discussion questions was used with health care providers to ask about the current services and the working situation, In-depth interviews with public health volunteers and diabetes patients. Questionnaires were used for evaluating satisfaction with the application of the new model for health care providers and diabetes patients. The content validity was verified by three experts, and their IOC values were between 0.67- 1.0 The Cronbach's alpha reliability coefficient of questionnaires was 0.91 and 0.85 respectively. The qualitative data were analyzed by content analysis, and statistical devices used for research data analysis were mean and standard deviation.

The research findings were as follows. 1) The situation and needs for the development of a service model for diabetes patients were the following. Diabetes patients lacked continuous treatment, have difficulty getting to

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ; โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ; โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

the hospital. Poor diet controlled, Moreover, Waiting area was crowded, Long waiting time, Patient medication information could not contact each other, Finally, The personnel is limited but the workload increased. The need to develop a model found that patients expect prompt service, Continuous and responsive to need. The service is convenient. Close to home and cost-saving. 2) The new model developed by the health care provider team for diabetes patients consisted of 5 components: (1) Screening and Stratification, (2) Registration, (3) telemedicine service, (4) Drug delivery, (5) Empowerment and Monitoring. The result after using the developed service model revealed that of the evaluation of service providers' satisfaction with the diabetes patient service model using the telemedicine system were at a high level overall. Diabetes patients were most satisfied with the overall model.
Keywords : Service model development, Diabetes Mellitus Patients, Telemedicine

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้รายงานสถานการณ์ในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนและภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน รายงานการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาทีและยังพบว่ามีจำนวน 240 ล้านคนที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน[1] ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน มีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,856 คน (อัตรา 25.9 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี[2] รายงานความชุกจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 9.5 ผู้ที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมีถึงร้อยละ 30.6 ส่วนผู้ที่ทราบว่าเป็นเบาหวานแล้วได้รับการรักษาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<126 mg/dl) มีเพียงร้อยละ 26.3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[3] เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน เกิดแผลที่เท้าได้ง่ายจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมหรือมีการติดเชื้อลุกลามอาจต้องตัดอวัยวะบางส่วนจนทำให้เกิดความพิการและโรคอื่นๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ จากการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากร ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวานคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทุกภาคส่วนมีความพยายามในการจัด ระบบบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมาอย่างต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยให้ความสำคัญกับการจัดบริการทางคลินิกด้วยมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เกิดความแออัดในโรงพยาบาล จึงได้มีนโยบายการกระจายผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อลดความแออัด หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาเมื่อปี พ.ศ. 2563 ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกเห็นความสำคัญกับการวางนโยบายการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการรับมือจากปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ นั่นคือ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหลัก สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข[4] คือให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน ให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลให้เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญของการดูแลสุขภาพชุมชนสู่โรงพยาบาล พัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่งให้ทันสมัย ให้บริการดุจญาติมิตร มีคุณภาพ ลดขั้นตอน ลดเหลื่อมล้ำ ลดค่าใช้จ่าย ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอยและเชื่อมต่อการรักษาโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางมาโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัลโดยโรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล ปรับปรุงให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีหน่วยรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมสร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว

นอกจากนี้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิจัยและจัดทำคู่มือการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน)[5] โดยมีเป้าประสงค์เพื่อปรับรูปแบบบริการใหม่ (Redesign of intervention and system) ในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์สุขภาพดีภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด การจัดการภาระงานได้เหมาะสมขึ้น (Realignment of workload) และลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People Center) แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง และกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี ทำให้มีระยะเวลาในการพบแพทย์แตกต่างกัน แพทย์จะมีเวลามากขึ้น สามารถจัดสรรคิวสำหรับการให้ บริการโรคอื่นๆ จะช่วยลดความแออัดในหน่วยบริการ จากผลการศึกษามีผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนในภาพรวมดีขึ้น ระดับความเสี่ยงทางคลินิกหรือมีโรคแทรกซ้อนก็จะลดลง ตลอดจนผู้ป่วยสามารถลดระยะเวลาในการรอคอยบริการและช่วยลดปัญหาความแออัดภายในโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

โรงพยาบาลท่าอุเทน เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง จากสถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนมปี พ.ศ.2562-2566 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 1.60, 2.31, 1.92, 1.87 และ 3.15 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา 2,323, 2,425, 2,542, 2,687 และ 2,786 ราย ตามลำดับ เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 87.4, 75.88, 81.24, 61.15 และ 88.41 ตามลำดับ ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 26.35, 22.80, 22.07, 23.19 และ 19.53 ตามลำดับ[6] จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ การติดตามการรักษายังไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร พบปัญหาผู้ป่วยที่ขาดนัด ไม่มารับยาต่อเนื่องจากความยากลำบากในการเดินทาง ทำให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร จากการสอบถามผู้ป่วยประสบปัญหาค่าพาหนะในการเข้ารับบริการ เช่น ไม่มีรถมารับบริการเนื่องจากรถประจำทางมีน้อยจำนวน 2 รอบต่อวัน บางหมู่บ้านไม่มีรถประจำทางผ่านต้องใช้บริการรถรับจ้างเหมา ครั้งละ 500-1,000 บาท ค่าอาหารรายละประมาณ 100-200 บาท เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมาเพียงลำพังได้จึงมีค่าขาดรายได้ของญาติที่พามาประมาณ 300-500 บาท รวมค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลครั้งละประมาณ 1,000-2,000 บาทต่อราย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำให้บางครั้งมีการขาดนัดหรือมารับบริการไม่สม่ำเสมอ สำหรับโรงพยาบาลนอกจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้นแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้สถานที่คลินิกโรคเรื้อรังมีสภาพแออัด ผู้ป่วยเสียเวลารอคอยนาน เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเร่งรีบ ทำให้บริการบางอย่างด้อยคุณภาพลง อัตรากำลังบุคลากรมีจำกัดแต่ภาระงานมาก นอกจากนี้ยังพบปัญหาการ

เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลการรักษาไม่ตรงกัน แนวทางปฏิบัติในการขอคำปรึกษาแนะนำ (consult) จากแพทย์รูปแบบยังไม่ชัดเจน เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องพบแพทย์เจ้าหน้าที่จะส่งกลับไปที่โรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง จึงขาดนัดไปเลย ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น

ดังนั้นการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากระบบการแพทย์ทางไกลเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล แต่ยังได้รับบริการเหมือนกับการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้ นอกจากนี้ระบบการแพทย์ทางไกลยังเป็นช่องทางสื่อสารแบบทันเหตุการณ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายสุขภาพ ทั้งนี้โรงพยาบาลท่าอุเทนเคยมีการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดเตียงร่วมกับเครือข่ายสุขภาพช่วงเวลาหนึ่ง จากการดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรพบว่าระบบการทำงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการทำงานที่ชัดเจน รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ตอบสนองการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้หยุดให้บริการ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน จากปัญหาและความจำเป็นในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลท่าอุเทนที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงบริการได้แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาค ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้อง การการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน

2.เพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบา หวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

3.เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2567 - กรกฎาคม 2567 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิก NCD 20 คน และผู้ป่วยเบาหวานรับบริการที่ รพ.สต.แห่งละ 1 คน รวม 17 คน รวมทั้งสิ้น 37 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ ระหว่าง 20-60 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามด้วยความสมัครใจ สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือสามารถเชื่อมต่อ internet มีความเข้าใจและสามารถใช้งาน Application บนมือถือได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้องการการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน

เครื่องมือชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) อาสาสมัครสาธารณสุข

เครื่องมือชุดที่ 3 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ผู้ป่วยเบาหวาน

เครื่องมือชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อรูปแบบบริการ

เครื่องมือชุดที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อรูปแบบบริการ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งสองฉบับตามวิธีการวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คือ 5 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุดจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนใช้หลักเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 =พึงพอใจระดับน้อยที่สุด
คะแนน 1.51 – 2.50 =พึงพอใจในระดับน้อย
คะแนน 2.51 – 3.50 =พึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนน 3.51 – 4.50 =พึงพอใจในระดับมาก
คะแนน 4.51 – 5.00 =พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูป แบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ระยะ มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการการพัฒนารูปแบบ มีขั้นตอน ดังนี้

1.ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอเก็บข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2. สนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการ เพื่อรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมาและความต้องการพัฒนาการให้บริการเพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการ

3.สัมภาษณ์เชิงลึกกับ อสม. เพื่อทราบข้อมูลสภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา

4.สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อทราบสภาพปัญหาอุปสรรคของการรับบริการ

5. สรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

2. นำผลการวิเคราะห์สภาพการณ์จากระยะที่ 1 มาใช้กำหนดร่างรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในขั้นแรก โดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้บริการครั้งที่ 2 จากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ก่อนทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอน ดังนี้

1.นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 10 คน ที่เคยรับบริการที่โรงพยาบาลและเป็นผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1

2.สังเกตและสะท้อนผลการดำเนินงานโดยจัดการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้ปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

3.ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้เหมาะสม พร้อมใช้และขยายผลต่อไป

ระยะที่ 4 ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล มีขั้นตอน ดังนี้

1.ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

2.ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.ประเมินผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบบริการด้านการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ การประหยัดเวลาและการลดระยะเวลารอคอย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 025/67 วันที่อนุมัติ 26 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ระยะที่1 สภาพการณ์และความต้องการการพัฒนารูปแบบบริการก่อนการพัฒนา มีดังนี้

1.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในโรงพยาบาลที่ผ่านมา

ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานขาดรับบริการอย่างต่อเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น มียาเหลือเนื่องจากลืมรับประทาน หรือรับประทานไม่ถูกต้อง ไม่มีคนพามา ติดภารกิจ อีกสาเหตุหนึ่งคือ มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด เนื่องจากบางรายต้องเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง แต่บางเส้นทางมีการหยุดให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดได้ บางรายมาด้วยรถยนต์รับจ้างเหมา รถจักรยานยนต์รถจักรยาน รถซาเล้งพ่วงข้าง บางหมู่บ้านไม่มีรถประจำทาง ผ่านหรือมีน้อยเพียงวันละ 1 รอบและมีเฉพาะบาง วันเท่านั้นถ้าผู้รับบริการมาไม่ทันก็จะต้องจ้างเหมา รถเอง ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและบางคนไม่มีญาติดูแล ส่วนญาติที่พามาก็ต้องเสีย เวลาหลายชั่วโมงในการมาแต่ละครั้ง

ด้านกระบวนการ พบว่า การจัดบริการในโรงพยาบาลบริเวณรอตรวจมีสภาพแออัด เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก มีแพทย์ตรวจ 2 คน ทำให้ระยะเวลาในการรอรับบริการนานและบางครั้งแพทย์ออกตรวจช้าหรือไม่เพียงพอในบางครั้ง เช่น มีคนลา ตรวจผู้ป่วยที่แผนกอื่น ไปประชุม/อบรม เป็นต้น

ด้านข้อมูล พบว่า โปรแกรมตรวจรักษาต่างกัน โรงพยาบาลใช้โปรแกรม HosxP ส่วน รพ.สต. ใช้โปรแกรม Jhcis ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปที่ รพ.สต.ข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลจะขาดหายไปเพราะโปรแกรมไม่เชื่อมโยงกัน เกิดปัญหาข้อมูลยาไม่ตรงกัน เมื่อส่งกลับโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ไม่ทราบประวัติการรักษาในปัจจุบัน

1.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมา

ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดนัด ขาดยาหรือไม่มาตามนัดของ รพ.สต. บางครั้งน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยไม่ยินยอมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะเดินทางไม่สะดวก

ด้านบุคลากร พบว่า ใน รพ.สต.มีบุคลากรจำกัด ถ้าผู้รับผิดชอบไม่อยู่ คนที่ทำงานแทนมีศักยภาพไม่เพียงพอและภาระงานที่มากขึ้นตั้งแต่การตรวจประเมินอาการเบื้องต้น เจาะเลือด จัดเตรียมยาและจ่ายยาเอง ทำงานไม่ทันกับจำนวนผู้ป่วย ต้องใช้เวลานานและอาจเกิดข้อ ผิดพลาด ไม่มีเวลาให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านยาและเวชภัณฑ์ พบว่า ยาที่เบิกจ่ายจากโรงพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยเนื่องจากยาขาดสต็อก ทำให้ต้องไปยืมกับรพ.สต.อื่นๆมาจ่ายให้ผู้ป่วยก่อน

ด้านกระบวนการ พบว่า ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้จำนวนกลุ่มเป้าหมายไม่แน่นอน บางครั้งผู้ป่วยไปรับบริการแต่ยังไม่มีรายชื่อ

ที่ส่งออกไป ก็ทำให้ไม่ได้รับบริการเกิดความไม่เข้าใจกัน

1.3 ความต้องการการพัฒนารูปแบบ

จากการสนทนาและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่รวดเร็วต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการ การเดินทางเข้ารับบริการมีความสะดวก ใกล้บ้านและประหยัดค่าใช้จ่าย ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ได้พบแพทย์ โดยที่ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากเหมือนเวลาที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลอาจเดินมาเองหรือญาติมาส่งโดยรถจักรยานยนต์ ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง เวลารับบริการอาจเริ่มตั้งแต่เช้าได้เพราะไม่เสียเวลาในการเดินทาง หลังจากที่รับการตรวจเลือดแล้วก็สามารถกลับบ้านได้เลย แล้วจึงมารับยาวันถัดไป เจ้าหน้าที่ต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนการสั่งยาและจัดเตรียมยาโดยเภสัชกรจากโรงพยาบาลทุกครั้งที่มีนัดเพื่อลดโอกาสผิดพลาดจากการจัดเตรียมและจ่ายยาที่รพ.สต.ด้วยตนเอง และกรณีที่ผู้ป่วยมีผลเลือดผิดปกติหรือความดันโลหิตสูงขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อจะได้ปรับการรักษาให้เหมาะสม

2. ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

ผู้วิจัยนำข้อมูลสภาพการณ์ปัญหาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไขโดยการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดหลักการจัดบริการวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม มาร่างรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

2.1 การคัดเลือกและจัดกลุ่มผู้ป่วย แพทย์พิจารณาเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ รับบริการทางไกลได้และผู้ป่วยยินยอมเข้ารับบริการโดยสมัครใจ แบ่งเกณฑ์ตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก ดังนี้

2.1.1 กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good control) เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ประกอบด้วย HbA1C < 7% BP < 140/90 mmHg FBS < 140 mg/dl ไม่มีโรคแทรกซ้อนตา ไต เท้า ไม่มีความเสี่ยง กลุ่มนี้แพทย์สั่ง Re-med ยาและเภสัชกรจัดส่งยาไปที่ รพ.สต.

2.1.2 กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง (Moderate control) เป็นกลุ่มที่สามารถดูแล ตนเองได้ปานกลางและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ ได้ประกอบด้วย HbA1C 7- 8 % FBS 140-179 mg/dl BP≥140-179/90-109 mmHg มีโรคแทรกซ้อนตา ไต เท้า แต่ไม่รุนแรง มีความเสี่ยงเล็กน้อยถึงปานกลาง กลุ่มนี้เข้าเกณฑ์ ใช้รูปแบบบริการ Telemedicine

2.1.3 กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี (Poor Control) เป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี ประกอบด้วย bA1C > 8.0% FBS ≥ 180 mg/dl BP ≥ 180/110 mmHg มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ต้องอาศัยผู้อื่นให้ความช่วยเหลือกลุ่มนี้ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล

2.2 การลงทะเบียนรับบริการ ใช้ระบบหมอพร้อม Station สำหรับโรงพยาบาล และติดตั้งแอปพลิเคชันหมอพร้อมในมือถือและลงทะเบียนผู้ใช้งานสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อธิบายขั้นตอนการรับบริการ และประสานนัดหมาย ชี้แจงข้อตกลง ตวจสอบสิทธิการรักษาต้องเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น

2.3 บริการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) แจ้งนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิการรักษาและยืนยันตัวตนเข้ารับบริการแพทย์ทางไกลกับโรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่รพ.สต.ประเมินอาการเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ น้ำหนัก รอบเอว ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว บันทึกข้อมูลส่งให้โรงพยาบาล 3) เปิด visit การรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พยาบาลบันทึกข้อมูลซักประวัติลงในระบบ HosxP 4) เชื่อมต่อระบบหมอพร้อม Station จากโรงพยาบาลไปที่แอปพลิเคชันหมอพร้อมในมือถือของผู้ป่วยหรือญาติหรือของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5) แพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยทางไกล

6) บันทึกข้อมูลการรักษาใน HosxP 7) แพทย์สั่งจ่ายยา

2.4 การจัดส่งยา โดยเภสัชกรตรวจสอบรายการยาและจัดเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์ บรรจุกล่องจัดส่งไปที่รพ.สต. โดยรถของโรงพยาบาล จากนั้นเจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.สต. หรือ อสม.จัดส่งยาไปให้ที่บ้าน

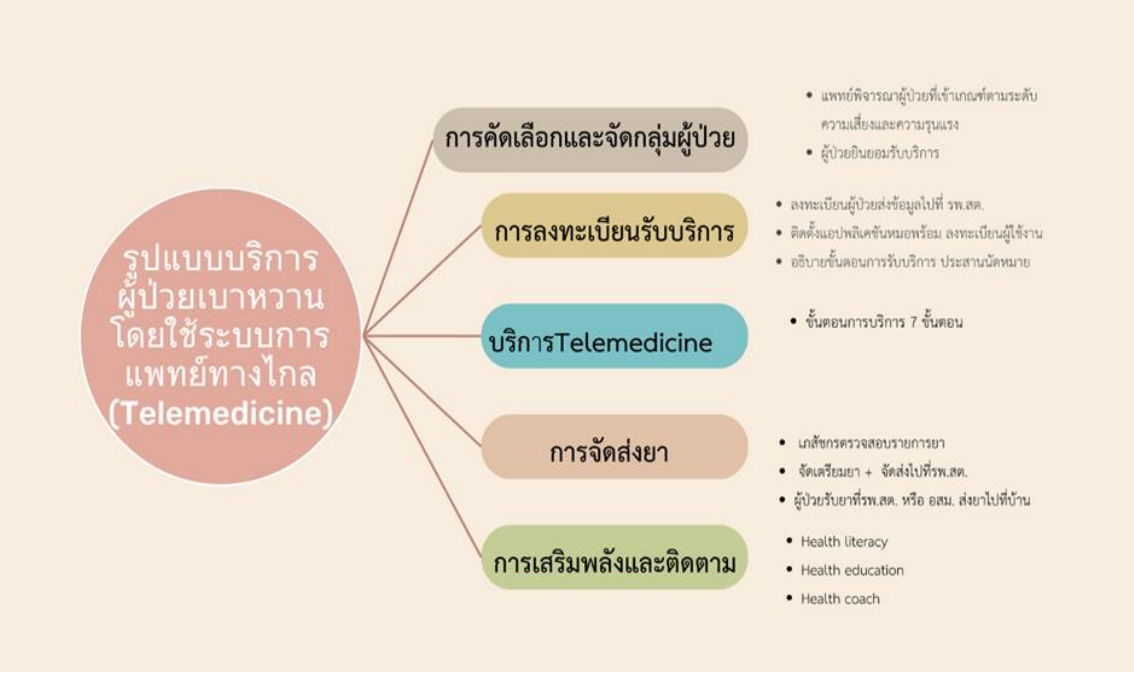
2.5 การเสริมพลังและติดตาม

2.5.1 Health literacy สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การแจ้งผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตในแต่ละครั้งให้ทราบระดับความเสี่ยงและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการตัดสินใจและวางแผนการจัดการตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

2.5.2 Health education ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลัก 3อ.2ส.เพื่อเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ติดตามให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้ออกกำลังกายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การลดความเครียด การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการให้คำปรึกษาเพื่อให้ควบคุมโรคได้

2.5.3 Health coach ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม.โดยการตรวจน้ำตาลในเลือดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน วัดความดันโลหิต แนะนำการปฏิบัติตัวช่วยดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติ แจ้งการเข้ารับบริการนำยาที่ได้จากเจ้าหน้าที่ส่งให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับด้วยตนเอง เช่น ผู้สูงอายุหรือ ผู้พิการ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

3. ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ที่พัฒนาขึ้น นำรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ดังภาพที่1 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน โดยนัดผู้ป่วยเข้ารับบริการ Telemedicine พบปัญหาสัญญาณโทรศัพท์บางพื้นที่ขาดหาย เสียงและภาพไม่ชัดเจน จอเล็ก ผู้ป่วยไม่ได้ยิน ทำให้เสียเวลาในการให้บริการจึงแก้ปัญหาโดยเชื่อมต่อกับจอโทรทัศน์ LED และพบว่าโทรศัพท์ของผู้ป่วยและญาติใช้งานไม่สะดวก จึงได้ข้อสรุปว่าเห็นควรใช้โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.ซึ่งมี Wi-Fi สัญญาณเสถียรมากกว่าและจัดบริการที่รพ.สต. นอกจากผู้ป่วยไม่สามารถมาได้จึงใช้เครื่องของผู้ป่วยหรือญาติแทน



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

4.ระยะที่ 4 ผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

4.1 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.00 S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การให้บริการจัดส่งยาโดย อสม./ไปรษณีย์ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.47 S.D.=0.84) แต่ความพึงพอใจสูงสุดคือ รูปแบบข้อสามารถนำไปใช้ในการแก้ ปัญหาได้ตรงประเด็น ($\overline{X}$= 4.17 S.D.=0.71)

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.56 S.D.=0.22) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจสูงที่สุดคือด้านความรู้ความสามารถความเชี่ยวชาญของบุคลากร ($\overline{X}$ =4.86 S.D.=0.34) แต่ความพึงพอใจต่ำที่สุด คือการได้รับคำแนะนำเมื่อนำส่งยาโดย อสม. ($\overline{X}$= 3.75 S.D.=0.49)

4.3 ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล 1) ด้านการเข้าถึงบริการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการ Telemedicine ได้ง่ายขึ้น โดยแจ้งความต้องการกับแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก NCD เพื่อพิจารณาส่งออก รพ.สต. ก็สามารถเข้ารับบริการได้ 2) ด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อครั้งขั้นต่ำ 100 บาทสูงสุด 700 บาทเฉลี่ย 259.45 บาท ลดเหลือประมาณ 50 -100 บาท 3) ด้านการประหยัดเวลา พบว่า ระยะทางที่ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ 13 - 48 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 28.43 กิโลเมตร ลดเหลือ 2-3 กิโลเมตรจากบ้านถึง รพ.สต.พบว่า เวลาที่ใช้ขณะรับบริการที่โรงพยาบาล ต่ำสุด 4 ชั่วโมง สูงสุด 6ชั่วโมง ระยะเวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 45 นาที ลดเหลือ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพการณ์ปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาก่อนการพัฒนา พบว่า มีความลำบากในการเดินทาง ไม่มีรถส่วนตัว ต้องอาศัยรถประจำทาง ซึ่งในปัจจุบันมีน้อยลงและบางเส้นทางไม่มีให้บริการ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเหมารถรับจ้าง ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการเดินทางเข้ารับบริการแต่ละครั้ง ทำให้บางครั้งผู้ป่วยขาดนัด รับบริการไม่ต่อเนื่อง ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลมีความแออัดเมื่อผู้ป่วยเดินทางไปรับบริการรวมกัน ระยะเวลาการรอคอยที่นาน ส่วนปัญหาในเรื่องของการจัดรูปแบบบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะต้องกลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับบริการในรูปแบบเดิม แต่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางเข้ามา ปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึง รพ.สต. เนื่องจากโปรแกรมไม่เชื่อมโยงกัน และปัญหาด้านบุคลากรใน รพ.สต.มีจำกัดแต่มีภาระงานต้องรับผิดชอบการตรวจรักษาและจัดเตรียมยา จ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยส่งมารับยาที่รพ.สต. รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ คนที่ให้บริการแทนศักยภาพไม่เพียงพอ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเห็นควรมีการปรับรูปแบบบริการโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ให้บริการผู้ป่วยผ่านช่องทางออนไลน์ โดยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล รูปแบบบริการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถรักษาได้ผ่านระบบวิดีโอคอล หรือแอปพลิเคชันหมอพร้อม สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี2566 ที่มุ่งเน้นใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยง ให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ เข้ารับบริการได้อย่างสะดวก เข้าถึงง่าย ลดการแออัด ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ทันสมัย บริการมี

คุณภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน

2. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกและจัดกลุ่มผู้ป่วย 2) การลงทะเบียนรับบริการ 3) บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 4) การจัดส่งยา 5) การเสริมพลังและติดตาม ซึ่งรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์[7] สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการสุขภาพวิถีใหม่โดยมีเป้าหมายเรื่องความปลอดภัย ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและปรับเปลี่ยนการบริการที่เดิมมุ่งเน้นมาที่โรงพยาบาลสู่การบริการที่มุ่งเน้นให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ร่วมด้วย พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้(สีเขียว) นัดทุก 4 เดือน ไม่ต้องพบแพทย์ทุกครั้งแต่ผู้ป่วยจะบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self-monitoring) เมื่อถึงวันนัดส่งให้พยาบาล case manager ถ้าผลปกติจะส่งรับยาตามช่องทางที่ต้องการ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติจะเข้าพบแพทย์และปรับการนัดใหม่อย่างเหมาะสม จากผลการวิจัยผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบบริการดังกล่าวและในการศึกษาต้นทุน พบว่าค่าใช้จ่ายในการจัดบริการลดลงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทาสถิติ ($p<0.05$) และอีกงานวิจัยของบุษยมาส บุศยารัศมี[8] ที่พบสถานการณ์ปัญหาคล้ายคลึงกันได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก 6 building blocks ร่วมกับเทคโนโลยี Telemedicine มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย การประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้แก่บุคลากร ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใช้โปรแกรมของโรงพยาบาล Panacea ควบคู่กับระบบ Zoom meeting เภสัชกรจัดมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา จัดให้มีรถรับส่งยาและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จัดระบบให้คำปรึกษาทาง Line ผลการพัฒนาพบว่า การบริหารจัดการระบบอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เช่นเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3. ผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบการแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ลดเวลารอคอยในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง[9] และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความพึงพอใจมากกว่าทีมสหวิชาชีพต่อการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาในช่วงการระบาดของโควิด-19 และการศึกษาของ ประเสริฐ บินตะคุ[10] ที่พบว่าเมื่อจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมากเช่นกัน เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

จึงสรุปได้ว่ารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นการให้บริการอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่ซับซ้อน ไม่รุนแรง อาจจะยังไม่มีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานแต่มีประโยชน์เรื่องการเข้าถึงบริการซึ่งมีจุดเด่นคือ ช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัดและผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ต่ออย่างเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรังที่บ้านอยู่ห่างไกลสถานบริการ ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำรูปแบบบริการผู้ป่วยโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการช่วยให้เข้าถึงบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่าย ลดแออัดของโรงพยาบาลได้มากขึ้น

1.2. ควรมีการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพราะบุคลากรในรพ.สต.มีการโยกย้าย เปลี่ยนผู้รับผิดชอบอยู่เสมอ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการได้ทราบถึงรูปแบบบริการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เนื่องจากเพื่อเป็นทางเลือกที่ช่วยให้เข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลว่ามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหรือไม่

2.2 ควรศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 10th edition [Internet].2021[Cited 2023 Feb 1]. Available from: http://www.diabetesatlas.org/
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2565. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566
3. วิชัย เอกพลากร, (บก) และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562- 2563 มหาวิทยาลัยมหิดล,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข; 2564
4. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณพ.ศ.2566 กอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าถึงจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/10/policy-031022_v.8.pdf
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบะยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลางสำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน. กรงเทพฯ :โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เข้าถึงจาก https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. รายงานการวิจัย เรื่อง พัฒนารูปแบบการ ให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ; 2565 เข้าถึงจาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2023/01/research_01.pdf
8. บุษยมาส บุศยารัศมี. การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2566; 42(1): 63-77
9. ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ. การพัฒนารูปแบบระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องบทเรียน จากการระบาดของโควิด-19. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2566; 17(1): 108-127
10. ประเสริฐ บินตะคุ. การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Telemedicine NCDs on Cloud). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3): 127-140

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิง ต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Effectiveness of Continuing Care Program for Dependent Mid-Stage Stroke Patients on Self-Care Behavior and Ability in Community of Kantang District, Trang Province.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

พัฒน์นรี รอดกูล[1]
Phatthanaree Rotkul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group Pre-Post test Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ร่วมกับ multiple Impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันตังและได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมิน ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประกอบด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงและแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยพยาบาลงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ปฏิบัติร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อทดลองใช้โปรแกรมฯ ประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลัง พบว่า คะแนน ADL เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (SD=0.52) อยู่ในระดับดี คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใจมาก (M=3.56, SD=0.76)

คำสำคัญ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง/การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This study used a quasi-experimental method with a one-group pre-post test design to study the effectiveness of a continuous care program for community-dependent middle-stage stroke patients on their ability to perform daily activities and satisfaction. The sample consisted of 30 dependent middle-stage stroke patients with a Barthel Index score of less than or equal to 15, with multiple impairments, and a 6-month period from the day they were discharged from the crisis and had stable symptoms. They were treated at Kantang Hospital and discharged to home care between June 2024 and August 2024. The sample was purposively selected and met the specified criteria. The research instruments included a continuous care program for community-dependent middle-stage stroke patients, a home health care manual, a general information questionnaire, a home health care behavior questionnaire, a daily routine assessment form, and a satisfaction assessment form. Qualitative data were analyzed using content analysis for quantitative data using percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Qualitative data were analyzed using content analysis for quantitative data using percentages, means, standard deviations, and paired t-tests. Content analysis was used for qualitative data.

The research results found that the continuous care program for dependent middle-stage stroke patients in the community consisted of home visits for dependent middle-stage stroke patients and family health leaders by primary and holistic care nurses working with volunteers to care for dependent middle-stage stroke patients. When the program was tested and daily activities (ADL) were evaluated before and after, it was found that the ADL scores increased significantly ($p<.05$). The mean home health care behavior score was 2.56 (SD=0.52), which was at a good level. The satisfaction scores of service recipients after receiving care according to the program were at a very satisfied level (M=3.56, SD=0.76).

Keywords: Continuous care program/Middle-stage stroke patients/Daily routines

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke , Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม[1] ในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มเป็น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555[2] ทุก 4 นาที คนไทยเป็นโรคนี้ 1 คนหรือวันละ 360 คน ทุก ๆ 10 นาที มีคนไทยเสียชีวิต มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-12 มักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม โอกาสรักษาหายเป็นปกติน้อยลงมาก[3] จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตก ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการ[2] ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าอาการรุนแรงและเป็นตำแหน่งที่สำคัญ ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แม้เมื่อฟื้นหายผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือการเคลื่อนที่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้[4] ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ

ดังนั้นในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยึดหลักความมั่นคงมั่นคั่งยั่งยืน National Health Security Office (NHSO) มีการวางระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเสมอภาคในการดูแลสุขภาพ[4]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพ้นภาวะวิกฤติผู้ป่วยจะเข้าสู่กึ่งเฉียบพลัน (Subacute) หรือระยะกลาง (Intermediate care, IMC) เป็นระยะที่มีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เป้าหมายของบริการระยะกลาง คือ การฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย ลดความสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและลดความพิการ ด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ยลดลง จากข้อมูลปี 2566 ที่โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการกายภาพบำบัดเฉลี่ย 2 ครั้ง (โรงพยาบาลกันตัง, 2566) ซึ่งไม่เพียงพอหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น[5] ปัญหาอ่อนแรงเคลื่อนที่ลำบากไม่สามารถเดินทางมารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาล รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยให้ได้รับบริการต่อเนื่องมี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว พบว่า การให้บริการทั้ง 3 รูปแบบ ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index, BI) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.44, 4.03 และ 4.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) ตามลำดับ[5]ทั้งนี้ รูปแบบการให้บริการขึ้นอยู่กับบริบทการเยี่ยมบ้าน เป็นอีกรูปแบบในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จากคะแนน BI 26.07 เป็น 56.67 คะแนน[6] เมื่อเปรียบเทียบผลฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ระหว่างผู้ป่วยระยะกลางและเรื้อรัง พบว่าเฉพาะกลุ่ม IMC เท่านั้นมีความเร็วในการเดินเพิ่มขึ้นจนกระทั่ง 6 เดือน ส่วนความสามารถการใช้แขนจะเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มในเดือน ที่ 3

เครือข่ายอำเภอกันตัง มีประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นในแต่ละปีสอดคล้องกับฐานข้อมูลของประเทศ ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง 391, 453 และ 520 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.47, 0.64 และ 0.75 (โรงพยาบาลกันตัง, 2566) ดังนั้น ภายในพื้นที่ได้มีการสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพโดย โรงพยาบาลกันตังมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เยี่ยมบ้านตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ และในปี 2566 ในบางพื้นที่ได้เริ่มมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังพบว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการและชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จึงไม่ได้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลกันตัง ตั้งแต่ปี 2564-2566 ดังนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 65, 74 และ 75 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.8, 4 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคปอดบวมและมีการนอนพักรักษาตัวซ้ำจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 25, 28 และ 32 รายตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.76, 12.52 และ 14.93 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด[7]

จากการทบทวนวรรณกรรม Tapasi, Danpradit และ Ratnawijit[6] ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติกเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

เพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Goncalve Bradley, Doll, Broad, Gladman, Langhorne, Richards[8]

การวิจัยในฐานะพยาบาลงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกันตัง จึงมีแนวคิดในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ มาบูรณาการหลาย ๆ การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่พัฒนาขึ้นได้จากการคิดวิเคราะห์จากทีมที่ให้การดูแลในพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่าเสมอภาคเท่าเทียมกันภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงตามแผนยุทธศาตร์ชาติ 20 ปี ส่งผลต่อความมั่นคง มั่นคั่ง และยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group Pre-Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันตัง และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอกันตัง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง มีและมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple Impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันตัง และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ

เฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้น ในชุมชนอำเภอกันตัง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง 2) มีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple Impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ไปที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันตัง และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 30 คน 3) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน 4) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งใช้การศึกษาของ นัทธมน หรี่อินทร (2564) เรื่องผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น คำนวณเพื่อหาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.89 ซึ่งต่ำ (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 30 ราย

เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังกล่าว หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สนใจที่จะสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขาอาชีพที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของตนเอง และสำหรับการติดต่อประสานงาน ระหว่างทีมสหอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน

1.2 แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายสำหรับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่มีการปรับจากรูปแบบเดิมที่ใช้ลักษณะการเขียนซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับคนทำงานที่ไม่สามารถเขียนได้อย่างครอบคลุมทุกคน จึงมีการปรับเป็นแบบฟอร์มสำหรับประเมินในแต่ละหัวข้อ ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ประสาน ส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพใดบ้าง

1.3 แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อ เป็นแบบฟอร์มที่ใช้สัญลักษณ์ที่เห็นได้ชัด เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยอาการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความรวดเร็วในการดูแล

1.4 คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน เช่น การทำแผล การดูแลผู้ป่วยใส่สายส่วนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก โดยจะมีการแนะนำอุปกรณ์ต่าง ๆ วิธีการใช้อุปกรณ์ การประเมินการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน และ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.3 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของ Department of Medical Service Ministry of Public (2014) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบ่งบอกภาระที่ต้องพึ่งพา โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น โดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 0 - 4 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12 – 20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 (ความพึงพอใจระดับมากที่สุด)

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 (ความพึงพอใจระดับมาก)

คะแนนเฉลี่ย 2.61- 3.40 (ความพึงพอใจระดับปานกลาง)

คะแนนเฉลี่ย 1.81- 2.60 (ความพึงพอใจระดับน้อย)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 (ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้านที่สร้างขึ้นแล้วเสร็จ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเข้าใจ และการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสม จำนวน 3 ท่าน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC ได้ความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน หาค่า

ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมาสังเคราะห์โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (2014) กล่าวไว้ว่าการดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการดูแลตั้งแต่การประเมินปัญหา การดูแลทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลโดยการปรับและสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพการดูแลให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online เพื่อเกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงปัญหาการดูแลของผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินการดูแลก่อนกลับบ้านโดยเจ้าหน้าที่ COC ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้านโดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประเมิน ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ และการโทรศัพท์สอบถามเมื่อมีปัญหาการดูแลที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 การส่งต่อ มีการส่งต่อ Case ผ่านโปรแกรม Home Health Care Online เชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องประสาน Case ส่งต่อทางโทรศัพท์อีกครั้งหลังผู้ป่วยจำหน่าย และมีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการออกบัตรนัดที่มีสัญลักษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นสัญลักษณ์การติดตามมารับบริการตามนัดหลังจำหน่าย 2 อาทิตย์ และเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการในสถานบริการ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนติดตามเยี่ยม Case ที่บ้านและมีการติดตามทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องก่อนถึงวันนัด 1 - 2 วัน เพื่อกระตุ้นเตือนการมารับบริการตามนัด

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองใช้ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระดับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง

จริยธรรมงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ P089/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 มีอายุ 56-60 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.33 สภานภาพสมรสร้อยละ 63.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.66 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.33 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา/สามีร้อยละ 50.00 ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 50.00 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 73.33 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 63.33 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) เป็นร้อยละ 36.66 % จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำ 5.52 (SD-2.99) เป็นกลุ่มติดบ้าน

2.ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง

พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง และเปรียบเทียบรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือการรับประทานอาหาร ล้างหน้า หวีผม โกนหนวด การเคลื่อนไหวภายในห้อง การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้า (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ด้วยสถิติ Paired t-test (n = 30)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.43	2.80	7.00	2.88	-5.12	<.001
การรับประทานอาหารสามารถตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้	0.73	0.45	1.13	0.57	-2.84	0.01
การสามารถล้างหน้า หวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชม.	0.53	0.50	1.07	0.69	-4.28	0.01
การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	0.77	0.43	0.97	0.33	-2.69	<.001
การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้	0.40	0.49	0.77	0.12	-3.00	0.01

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	แปลผล	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	1.67	0.48	ติดบ้าน	-1.80	0.08
หลังใช้โปรแกรม	1.77	0.50	ติดบ้าน		

จากตาราง 2 พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังไม่แตกต่างกันคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (SD=0.52) อยู่ในระดับดี และมีบางข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้ยา ที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

คะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนาหลังได้รับการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับพอใจ (M=3.56, SD=0.76)

สรุปและอภิปรายผล

ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ซึ่งมีแนวคิดว่า การดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วย เพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเองสนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาทีมสหอาชีพต่าง ๆ หลังการพัฒนาของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ[9] เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai[10] กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนคือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็กการให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือ การดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Pischalad & Mulpanun[11] พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยบูรณาการ การดูแลทีมสหอาชีพต่าง

ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลลัพธ์จากการใช้ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ เมื่อนำโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่ได้จากการพัฒนาจากทีมผู้ปฏิบัตินำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเอง

การศึกษาครั้งนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากเป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทในพื้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองเป็นต้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง โดยติดตามการใช้แบบฟอร์มอย่างต่อเนื่องในรายที่เป็นไปตามเกณฑ์การวางแผนจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2015). Up again after stroke. [cited 2024 Jan 16]. Retrieved from http:// www.world stroke campaign.org/
2. สถาบันประสาทวิทยา, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3, ed. พ. 1. 2559, กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาประเทศไทย. 2021; 37(4): 54-60.
4. National Statistical Office. (2017). Survey Economicand Social. Bangkok: National Statistical Office. (In Thai).
5. Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., Riewpaiboon, W., & Zungsontiporn, C. Rehabilitation Service Development forSub-acute and Non-acute Patients underthe Universal Coverage Scheme in Thailand.J Health Sci 2017;24(3):493-509.
6. Tapasi, W., Danpradit, P., & Ratnawijit, S. (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province.
7. โรงพยาบาลกันตัง, สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิง. 2566
8. Goncalve-Bradley, D. C., Iliff, S., Doll, H. D., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early Discharge Hospital at Home: Cochrane Systematic Reviview. Khokpho District. (2017). Population Elder Year 2017. Khokpho District, Pattani Province.
9. Ciccone, A., Celani, M. G., Chiaramonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). Continuous Versus. Intermittent Physiological Monitoring for Acute Stroke 2013: Intervention Review. Department of Medical Service Ministry of Public Health. (2014). Screening Guide/Assess the Elderly. Edition 1. Bangkok: Tahan Pansuak Printing House. (In Thai)

10. Arttaros, T., & Apai, J. (2011). Continuing Model Communicable disease in Child. Journal Thailand Nursing and Midwifery Council, 26(Special), 112-125. (In Thai).
11. Pischalad K., & Mulpanun K. (2016). Improvement of a Continuing Care Model in Child. Nursing Journal, 40(3), 96-108. (In Thai)

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวออกรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด

Clinical outcome of Diabetes patients who were refered to continually received medication from a Subdistrict Health Promoting Hospital in Selaphum District, Roi-et Province.

(Received: November 2,2024 ; Revised: November 9,2024 ; Accepted: November 17,2024)

ศิริญา แสงเส้น[1]
Siriya Saengsen[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวเพื่อรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. แห่งหนึ่งเปรียบเทียบผลการตรวจประจำปีในปีงบประมาณ 2566 และ 2667 เพื่อดูพัฒนาการด้านผลลัพธ์การรักษา **วิธีการศึกษา** บันทึกข้อมูลผลการตรวจประจำปี 66-67 จากโปรแกรมเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ศึกษา นำมาวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบผลการรักษา 66-67 โดยสถิติ paired t- test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้งสิ้น 88 คน เป็นหญิง 64 คน (ร้อยละ 72.73) ชาย 24 คน(ร้อยละ 27.27) อายุระหว่าง 40 – 93 ปี เฉลี่ย 67.20 ± 10.90 ปี รับประทานยารักษาเบาหวานและโรคร่วม 1-8 รายการ เฉลี่ย 3.91± 1.35 รายการ นับรายการเบาหวาน 0-3 รายการ เฉลี่ย 1.78 ± 0.63 รายการ จำนวนครั้งของการไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. 2-6 ครั้ง คิดเป็น 3.85 ±0.62 ครั้งต่อคน และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงที่ศึกษา 0-4 ครั้ง เฉลี่ย 0.5 ±1.02 ครั้งจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยาในรอบการตรวจประจำปี 2566 คือ 49 คน (ร้อยละ 55.69) การเปรียบเทียบผลการควบคุมเบาหวานพบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น HbA1C 8.69±1.17 ปี 66 ลดลงเป็น 7.15±1.74 ในปี 67 (p = 0.03) ภาวะแทรกซ้อนทางไตพบมีค่าโปรตีนอัลบูมิน(UA)ในปัสสาวะไม่ต่างกันโดยปี 66-67 UA 64.24±164.66 และ 62.14±140.82 ตามลำดับ แต่พบกลุ่มผู้ป่วยที่มี microalbuminuria(UACR 30-299mg/g) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็น 32.50 และมีค่าครีเอตินีนเฉลี่ย 0.83±0.16 เพิ่มเป็น 0.87±0.15 (p= 0.002) ในปี 2567 ส่วนค่า LDL ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ เบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน เติมยาเรื้อรัง

Abstract

This research was a retrospective quantitative study to find the treatment outcomes of diabetic patients who were referred for continued medication at a SHPH compared annual examination results in fiscal years 2023 and 2024 to see improvements in treatment results. **Study design** .Recorded data of annual examination results 2023 and 2024 from the medical records of the studied patients. Analyzed and presented with descriptive statistics and comparison of treatment results 2023-2024 by paired t- test.

The study results found that A total of 88 patients, 64 were female (72.73%) and 24 were male (27.27%). And patients had hospital visit during the study period 0-4 times, an average of 0.5 ± 1.02 times. The number of patients who received medication adjustments in the 2023 annual examination period was 49 (55.69%). Comparison of results was found that patients had better control HbA1C 8.69±1.17% decreased to 7.15±1.74% in 2024 (p = 0.03). Renal complications were found non-different of urine albumin (UA) between year 2023 and 2024 that are 64.24±164.66 and 62.14±140.82 respectively. But found a group of patients with microalbuminuria(UACR 30-299mg/g) increased from 20.00 %to 32.50 % and had an average SCr 0.83±0.16 increasing to 0.87±0.15 (p= 0.002) in 2024 while LDL values were not different.

Keywords : Diabetes mellitus Complication Chronic disease's drugs filling

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน[1] ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องได้จัดทำแนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน[8] เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นมาตรฐานเพื่อจัดบริการให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพให้สามารถควบคุมเบาหวานให้ได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากการที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและมากขึ้นทุกๆปีทำให้แต่ละโรงพยาบาลต้องรองรับการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดทั้งด้านสถานที่และบุคลากรทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ไม่สามารถได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องมีการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันและควบคุมเบาหวาน[3] และบุคลากรผู้ดูแลต้องมีเวลาที่จะศึกษาปัญหาและแก้ไขในรายที่ยังไม่สามารถบรรลุผลการรักษาได้ ดังนั้นทุกโรงพยาบาลจึงมีนโยบายแบ่งเบาการเข้ารับบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาลเช่นการส่งยาทางไปรษณีย์หรือการนัดผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดีในระดับหนึ่ง ให้สามารถรับยาเดิมต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกรวมทั้งบุคลากรในพื้นที่ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคลและครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ซึ่งน่าจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของชาติ ด้านสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการทุกระดับ [2] โรงพยาบาลเสลภูมิได้ดำเนินงานการคัดกรองและส่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เพื่อรับยาที่ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง โดยทำงานแบบเครือข่ายต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 โดยล่าสุดในปี 2564-2566 ส่งผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่ รพ.สต.ทั้งสิ้น 4,314 2,960 และ 2,047 คนตามลำดับ คิดเป็นครั้งคือ10,778 6,757 5,739 ครั้ง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้จะรับยาที่ รพ.สต.แต่เป้าหมายคือผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่แนะนำ ดังนั้นโรงพยาบาลและเครือข่ายที่ดูแลได้มีการนำแนวทางมาออกแบบรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทและทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และในระหว่างการดำเนินงานได้ร่วมกับเครือข่ายทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.ต่างๆ ได้ประสานงานและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันและมีการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายส่งทางไปรษณีย์หรือการแพทย์ทางไกลที่ออกแบบให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่บ้าน หรือรับบริการที่โรงพยาบาลรวดเร็วไม่ต้องรอคอยยาแต่ระบบการจัดส่งยาที่ รพ.สต.ที่ดำเนินการในแบบเดิมก็ยังดำเนินการควบคู่ไป และอาจปรับรูปแบบเพื่อส่งเสริมกับแนวทางการแพทย์ทางไกลในปัจจุบันได้

จากเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ปี 2566 [4] กำหนดเป้าหมายการรักษาและควบคุมโรค รวมทั้งการประเมินเพื่อหาความเสี่ยง/ระยะของโรคแทรกซ้อนและการส่งต่อปรึกษาโดยแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร 80-130 มก./ดล., A1C < 7 mg/dl, การควบคุมปัจจัยต่อหัวใจและหลอดเลือด LDL cholesterol < 100 mg/dl กรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยง , BP < 130/80 mmHg ส่วนการคัด

กรองภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยจัดแบ่งผู้ป่วยเป็นเสี่ยงต่ำ urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR)<30mg/g, เสี่ยงปานกลางมีภาวะแทรก ซ้อนทางไตระยะต้น UACR 30-300 mg/g , เสี่ยงสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะกลาง eGFR 30-59 ml/min และมะภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะรุนแรง eGFR < 30 ml/min ดังนั้นผู้ป่วยที่รับยาที่ รพ.สต.ก็จำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองค่าเหล่านี้ทุกปีด้วย และควรติดตามผลและปรับปรุงให้การควบคุมได้ดีต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน จึงต้องมีการประเมินผลลัพธ์เพื่อมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมไม่เพิ่มความเสี่ยงเกิดความปลอดภัยไม่ต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ในการดูแลโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับยาที่ รพ.สต.มีการควบคุมเบาหวานยังไม่ดีนัก เช่นการศึกษาของวิภาพร ที่ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าอัตราการควบคุมเบาหวานได้ดี(HbA1C < 7)มีเพียงร้อยละ 24.60[5] เทียบกับมาตรฐานที่กำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 40[9] และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับยาที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทุติยภูมิจะพบว่าการควบคุมโรคในกลุ่มที่รับยาที่โรงพยาบาลจะดีกว่ากลุ่มที่รับยา รพ.สต.อย่างมีนัยสำคัญ[6,7] ยกเว้นการศึกษาของกอบกุลและคณะในปี 2555 ซึ่งพบว่ากลุ่มที่รับยาที่ รพ.สต. มีระดับการควบคุมเบาหวานที่ดีกว่ากลุ่มที่รับยาที่โรงพยาบาล[10] ซึ่งอาจมีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การควบคุมก็เป็นได้ ดังนั้นการเปรียบเทียบสองกลุ่มอาจมีปัจจัยรบกวนในแต่ละการศึกษาที่กล่าวมา จากที่การควบคุมเบาหวานอาจมีปัจจัยเรื่องการระดับการควบคุมเริ่มต้นของผู้ป่วยก่อนส่งออกจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาหลายๆ การศึกษา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลงในแต่ละปีอาจจะบอกถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีกว่า ทั้งนี้การส่งผู้ป่วยออกรับยาที่ รพ.สต.และให้ รพ.สต.มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมองจากผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจากผลของการศึกษาทุกการศึกษา[5,6,7,8] มีความพึงพอใจมากกับการได้รับการรักษาใกล้บ้านแต่จะทำอย่างไรจะได้รับคุณภาพที่ดีและเกิดความปลอดภัย ซึ่งการที่พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ รพ.สต.ให้ดีนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยแล้วยังลดความแออัดที่โรงพยาบาลทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่ต้องมาโรงพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพเช่นกัน

ผู้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความสนใจที่จะศึกษาผลการรักษาเบาหวานของผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอเสลภูมิ เพื่อประเมินว่าแนวทางดูแลดังกล่าวจะส่งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยในด้านคลินิกอย่างไรโดยเลือกศึกษาใน รพ.สต.แห่งหนึ่งเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรายบุคคลต่อเนื่อง 2 ปี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. โดยเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างปี 67 เทียบกับ 66
2. เพื่อศึกษาจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการการปรับยาและการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยศึกษาจากรายชื่อผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. พันขางที่ถูกส่งตัวมาตรวจเลือดประจำปีงบประมาณ 2567 นำมาศึกษาข้อมูลผลลัพธ์เปรียบเทียบกับปี 2566 บันทึกข้อมูลที่สนใจศึกษาในแบบเก็บข้อมูลในโปรแกรม excel
2. นำข้อมูลทั่วไป จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ การปรับยาและการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบข้อมูลจากปี 2567 กับ 2566 โดยใช้สถิติ pair t-test สำหรับค่า FBS, HbA1C

serum creatinine, urine albumin, LDL เพื่อหาว่าผลการควบคุมเปลี่ยนแปลงอย่างไร

4. นำเสนอผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานเป็นช่วงตามเกณฑ์ของตัวชี้วัด ได้แก่ FBS A1C LDL urine albumin eGFR (ค่าจากโปรแกรมคำนวณที่แสดงในรายงานผลของ HosXP)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลเสลภูมิและได้รับการส่งตัวไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. พันขางที่มาตรวจเลือดประจำปี 2567 และได้รับการตรวจประจำปี 2566

เกณฑ์คัดเข้า การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการส่งตัวไปรับยาที่ รพสต. ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2566-2567 และได้รับการตรวจเลือดประจำปีครบทั้ง 2 รอบปีงบประมาณคือ 2566 และ 2567

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นชนิดควบคุมอาหารยังไม่เคยเริ่มใช้ยาเบาหวาน 2) ผู้ที่รับยาที่ รพ.สต. น้อยกว่า 2 ครั้งในระหว่างการตรวจเลือดประจำปีทั้งสองรอบ 3) มีโรคร่วมที่เป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง หัวใจล้มเหลว หรือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนคลินิกประคับประคองอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบเก็บข้อมูลที่ได้ออกแบบขึ้นโดยประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลผลการตรวจเลือดประจำปีในค่าตรวจที่ต้องการศึกษา ใช้โปรแกรม Excel บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้วิเคราะห์

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติแบบพรรณนาสำหรับข้อมูลอายุ จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนยาเบาหวานที่ได้รับ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ การปรับยา(เฉพาะรอบที่ตรวจปี 2566) และการส่งกลับมาโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังเดิมของผู้ป่วย นำเสนอความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพศ นำเสนอเป็นความถี่ และร้อยละ ข้อมูลผลการรักษานำเสนอรายตัวชี้วัดในรูปแบบความถี่ของแต่ละช่วงการควบคุม และเปรียบเทียบผลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงรายบุคคล ปี 2567 เทียบกับปี 2566 วิเคราะห์โดย paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการวิจัย COE 0512567 ณ วันที่ 4 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 98 คน คัดออก 10 คน เนื่องจาก รับยาที รพ.สต.ไม่ถึง 2 ครั้ง 3 คน ไม่เคยรับประทานยาเบาหวาน 2 คน ตรวจเลือดประจำปีไม่ครบ 2 ครั้ง 5 คน คงเหลือนำมาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล 88 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 24 คน(ร้อยละ 27.27) หญิง 64 คน (ร้อยละ 72.73) อายุระหว่าง 40 – 93 ปี เฉลี่ย 67.20 ± 10.90 ปี รับประทานยาเบาหวานและยารักษาโรคร่วมประจำอยู่ก่อนเริ่มการศึกษา 1-8 รายการ เฉลี่ย 3.91± 1.35 รายการ ในจำนวนนี้เฉพาะรายการเบาหวานได้รับยาอยู่ที่ 0.-3 รายการ เฉลี่ย 1.78 ± 0.63 รายการ จำนวนครั้งของการไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.ตั้งแต่การตรวจเลือดครั้งที่ 2566 จนถึง การตรวจปี 2567 จำนวน 2-6 ครั้งต่อคน คิดเป็น 3.85 ±0.62 ครั้ง ในระหว่างรักษาที่ รพ.สต. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องของเบาหวาน 0-4 ครั้ง เฉลี่ย 0.5 ±1.02 ครั้ง ในรอบของการตรวจปี 2566 ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนยาโดยแพทย์ จำนวน 0-3 รายการ เฉลี่ย 0.75±0.79 รายการ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยาในรอบการตรวจประจำปี 66 คือ 49 คน (ร้อยละ 55.69) โดยที่ผู้ป่วยที่ปรับยา 1 รายการ 2 รายการ และ 3 รายการ มีจำนวน 34(38.64) 17(14.77) และ 2 คน (2.27) ตามลำดับ มีรายการเบาหวานที่ได้ปรับจำนวน 41คน คิดเป็นร้อยละ46.59 และปรับยาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาเบาหวาน 8 คน ร้อยละ 9.09 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการปรับยา และส่วนใหญ่จะปรับยา 1 รายการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์	Mean ± SD		P-value
	66	67	
FBS (N = 88)	134.97±31.18	139.71±31.57	0.16
LDL (N = 88)	91.80±18.25	96.05±21.26	0.65
A1C (N = 87)	8.69±1.17	7.15±1.74	0.03*
Urine albumin (N = 80)	64.24±164.66	62.14±140.82	0.73
Serum creatinine (N = 88)	0.83±0.16	0.87±0.15	0.002*

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าผลลัพธ์ของการรักษาและภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผลลัพธ์ ได้แก่ Fasting blood glucose(FBS), LDL cholesterol , urine albumin (UA) เปรียบเทียบระหว่างปี 2566 และ 2567 แล้วมีค่าไม่ต่างกัน โดย FBS มีค่าเฉลี่ย 134.97 ± 31.18 mg/dl และ 139.71 ± 31.57 mg/dl, LDL มีค่าเฉลี่ย 91.80 ± 18.25mg/dl และ 96.05 ± 21.26mg/dl, urine albumin มีค่าเฉลี่ย 64.24 ± 164.66 mg/g และ 62.14 ± 140.82 mg/g ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ HbA1C มีค่าเฉลี่ย 8.69 ± 1.17% และ 7.15 ± 1.74% (p = 0.03) จะเห็นว่าปี 2567 มีค่าลดลง และ serum creatinine มีค่าเฉลี่ย 0.83 ± 0.16 และ 0.87 ± 0.15 (p= 0.002) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในปี 2567 มีค่าเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในรอบปี 2566 และ 2567

ผลลัพธ์	คำอธิบาย	คน(ร้อยละ)	
		2566	2567
ระดับ HbA1C %			
< 7	ควบคุมได้ดี	20(22.99)	51(58.62)
7-8	ควบคุมได้ปานกลาง	34(39.08)	21(24.14)
>8	ควบคุมไม่ดี	33(37.93)	15(17.24)
ระดับ FBS mg/dl			
เขียว ≤ 125	ควบคุมได้	38(42.7)	29(32.58)
เหลือง 126-154	ป่วยระดับ 1	29(32.58)	40(44.94)
ส้ม 155-183	ป่วยระดับ 2	14(15.73)	13(14.61)
แดง ≥ 183	ป่วยระดับ 3	7(7.87)	7(7.87)
ระดับ LDL(mg/dl)			
≤100	ควบคุมได้ตามเกณฑ์	63(71.59)	65(73.86)
>100	ควบคุมไม่ได้	25(28.41)	23(26.14)
ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ mg/g			
< 30	ปกติ	60(75)	50(62.5)
30-299	ภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย	16(20)	26(32.5)
≥300	ภาวะแมคโครอัลบูมินูเรีย	4(5)	4(5)
ระดับ eGFR ml/min/1.73m^2			
≥ 90	33(37.50)	30(34.10)	ปกติ

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในรอบปี 2566 และ 2567

ผลลัพธ์	คำอธิบาย	คน(ร้อยละ)	
		2566	2567
60-89	40(45.45)	40(45.45)	ลดลงเล็กน้อย
45-59	15(17.05)	18(20.45)	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง

จากตารางที่ 2 ระดับ HbA1C ซึ่งเป็นเป้าหมายการควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มศึกษา พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ดีมากขึ้น กล่าวคือมีสัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมได้ดีคือ HbA1C < 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.99 จากปี 2566 เป็นร้อยละ 58.62 ในปี 2567 ในขณะที่ FBS และ LDL ไม่เปลี่ยนแปลงมาก โดย LDL ≤ 100 mg/dl อยู่ที่ 71.59 และ 73.86 ตามลำดับ ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แต่ urine albumin พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะ microalbuminuria ปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี2566 จากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 32.50 ส่วนภาวะ macroalbuminuria ไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อคำนวณค่าการกรองของไตพบว่าค่า eGFR ในปี 2566 และ 2567 พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตลดลงในระดับ 3 หรือ CKD3 (eGFR 45-59 ml/min/1.73m^2) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.05 เป็นร้อยละ 20.45 ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา ในการเริ่มศึกษาข้อมูลจากผลตรวจประจำปี 2566 ผู้ป่วยมีระดับการควบคุมน้ำตาลสะสมหรือ HbA1C 8.69 ± 1.17 โดยมีกลุ่มที่ควบคุมได้ดี A1C < 7 มี 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.99 ผู้ป่วยร้อยละ 55.69 ได้รับการปรับเปลี่ยนยาโดยแพทย์ ในจำนวนนี้ ได้ปรับยาเบาหวาน ร้อยละ 46.59 ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 83.67 ของผู้ป่วยที่ได้ปรับยา ผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานในปี 2567 ควบคุมได้มากขึ้นโดย กลุ่มควบคุมได้ดีมีค่า HbA1C < 7 จำนวนมี 51 คน คิดเป็นร้อยละ 58.62 ส่วนผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไตข้อมูลแสดงว่าภาวะ microalbuminuria มากขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็น 32.50 อาจเนื่องจากนอกจากการควบคุมเบาหวานแล้ว ยาที่ผู้ป่วยได้รับบางรายการก็สามารถส่งผลต่อการทำงานของไตผู้ป่วยได้แม้ใช้ในขนาดปกติที่แนะนำเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะอื่นที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตจากเบาหวาน เช่น ความดันโลหิต ปัจจัยทางพันธุกรรม[4] การใช้ยาหรืออาหารที่ส่งผลต่อไต โรคร่วมของผู้ป่วย เช่น นิ่ว การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรืออื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งตัวไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. โดยจะมีการพบแพทย์ก่อนออกไปและผ่านไป 1 ปี พบแพทย์อีกครั้งเมื่อตรวจเลือดประจำปี ในระหว่างการรักษาที่ รพ.สต. ผู้ป่วยอาจเข้ามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลด้วยอาการเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งที่มาเอง และ รพ.สต.ตรวจพบและส่งตัวมาพบแพทย์ ระบบเช่นนี้จะลดภาระของทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรสามารถยังเข้าถึงบริการจำเป็นและยังได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และได้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีได้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา มี 98 คน ได้รับการตรวจเลือดประจำปีต่อเนื่อง 93 คน คิดเป็นร้อยละ 94.89 ซึ่งถือว่าสูงมาก ในระหว่างปี มีผู้ป่วยต้องเข้ามาพบแพทย์ด้วยภาวะเกี่ยวกับโคเบาหวานและโรคร่วมพียง 22 คน (ร้อยละ 25) คิดเป็นค่าเฉลี่ย 0.5± 1.02 ครั้ง ซึ่งน้อยมากอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่ รพ.สต.และชุมชนตนเองทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายได้จำนวนมาก

ในส่วนผลการรักษา จากตาราง ที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดี มีแนวโน้มสูงขึ้น ถึงแม้ในการศึกษานี้จะไม่ได้มีการใส่โปรแกรมพิเศษในการ

ดูแล แต่ผู้ป่วยก็สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีมากขึ้น เทียบ 2566 – 2567 กล่าวคือ HbA1C < 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.99 เป็น 58.62 ตามลำดับ กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้(A1C >8) ลดลงจาก ร้อยละ 37.93 เป็นร้อยละ 17.24 กลุ่มที่ควบคุมได้ปานกลางลดลงจากร้อยละ 39.08 เป็น 24.14 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งที่ลดลงของกลุ่มควบคุมได้ปานกลางน่าจะเพราะเปลี่ยนเป็นกลุ่มที่ควบคุมได้ดี เมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์การควบคุมเบาหวานได้ดีในภาพรวมของอำเภอเสลภูมิ ได้ไม่ถึงร้อยละ 40 ผลครั้งนี้จึงอาจสอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุลและคณะ[10] ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับยา รพ.สต. สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มที่รับยาโรงพยาบาล และไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่แสดงถึงผลการควบคุมเบาหวานที่ไม่ดีของผู้ป่วยที่ รพ.สต.[5,6,7] อย่างไรก็ตาม อาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยศึกษาจากผู้ป่วยที่รับยา รพ.สต. หลายๆแห่งแบบติดตามไปข้างหน้า ว่าผลการควบคุมเป็นอย่างไร เพื่อที่จะยืนยันข้อสรุปนี้ เนื่องจากผู้ป่วยเดิมที่ควบคุมไม่ได้อาจจะมีการส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลแล้ว จึงไม่มีรายชื่อในปี 2567 อีก อีกทั้งบทบาทของทีม รพ.สต.แต่ละแห่งก็อาจจะมีผลต่อผู้ป่วย เช่น กิจกรรมที่ให้ในวันนัดรับยา หรือกิจกรรมกลุ่มตามแผนงานโครงการ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในประเด็นเหล่านี้ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่น่าจะมีผลอีกอย่างอาจจะเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยส่งออก ที่จะต้องมีระดับน้ำตาลในเกณฑ์ที่พอใช้หรือดี ไม่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการใช้ยา ทั้งนี้การกำหนดกรอบรายการยาที่ได้รับก็อาจจะจำเป็น เช่นผู้ป่วยที่ได้รับยาเบาหวานเกินสามรายการหรือยาฉีด อาจไม่เหมาะสมที่จะส่งไปรับยา รพ.สต.เนื่องจากเป็นกลุ่มที่แสดงถึงการดื้อยาแล้ว ดังเช่นการศึกษาของกอบกุลและคณะ [10]หรือผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปแล้วก็อาจมีการทบทวนแนวทางการจัดการที่แตกต่างไปจากเบาหวานที่ไตปกติหรือพิจารณารักษาผู้ป่วยเหล่านี้ในโรงพยาบาล

ในส่วนของการตรวจคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น ภาวะแทรกซ้อนทางไตมีการตรวจ urine albumin ตามเกณฑ์ซึ่งพบว่าปี 2566 ผู้ป่วยที่มีไตปกติไม่พบ microalbuminuria ร้อยละ 75.00 แต่เมื่อตรวจซ้ำในรอบประจำปี 2567 กลุ่มปกติลดลงเหลือร้อยละ 62.50 นั่นคือพบภาวะ microalbuminuria มากขึ้น เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 3 ค่า serum creatinine ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันกล่าวคือในปี 2567 ค่า serum creatinine ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 0.83 ± 0.16 เป็น 0.87 ± 0.15 ที่ p = 0.002 จึงอาจกล่าวได้ว่าในผู้ป่วยที่ศึกษาเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มากขึ้น ทั้งนี้อาจไม่สอดคล้องกับผลการรักษาที่ดีขึ้น เนื่องจากการทำงานของไตถูกรบกวนด้วยหลายปัจจัยทั้งระดับการควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิต ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในส่วนยาอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้เอง การบริโภคทั้งอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย เป็นต้น อย่างไรก็ดีในผู้ป่วยที่มีผลบวกของ microalbuminuria อาจมีการศึกษาต่อไปว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ เช่นได้รับยาที่รักษาภาวะ proteinuria รวมทั้งควบคุมเบาหวานให้เข้มงวดขึ้น เป็นต้น

การตรวจคัดกรองระดับไขมันเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้นพบว่าค่า LDL cholesterol ในการตรวจทั้งสองครั้งมีค่าไม่แตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมได้ค่อนข้างดี ค่าเฉลี่ย 91.80 และ 96.05 mg/dl และเมื่อคิดเป็นกลุ่มควบคุมได้ดีอยู่ที่น้อยกว่า 100 mg/dl ปี 2566 และ 2567 สามารถควบคุมได้ร้อยละ 71.59 และ 73.86 ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการใช้ยาที่จำเป็นตามแนวทางโดยที่โรงพยาบาลมียากลุ่ม statin ทั้ง low, moderate และ high intensity statin ได้แก่ Simvastatin และ Atorvastatin สามารถเลือกใช้ตามแนวทางเพื่อควบคุมระดับ LDL ให้ได้ตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

การส่งยาเรื้อรังให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. เป็นนโยบายที่ดี ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ซึ่งในสภาพปัจจุบันที่ผู้สูงวัยมีบุตรหลานดูแลลดลง และ

มีโรคเรื้อรังมากขึ้นประกอบการเศรษฐานะไม่เอื้ออำนวยการเดินทางมาพบแพทย์ทุกครั้งอาจไม่จำเป็นในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ค่อนข้างดีดังนั้นการรับยาเดิมใกล้บ้านและตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่จำเป็นก็เพียงพอที่จะควบคุมโรคได้และสามารถลดภาระของผู้ป่วย และโรงพยาบาลก็ลดความแออัดสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ซับซ้อนหรือมาตรฐานที่สูงขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ดีจะต้องมีการประเมินและปรับปรุงระบบอยู่เสมอทั้งในด้านผลลัพธ์ ด้านประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ซึ่งการศึกษานี้ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งออก รพ.สต. โดยศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี โดยพบว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น แต่การตรวจภาวะแทรกซ้อนเริ่มพบผลแทรกซ้อนทางไตที่มากขึ้นโดยเฉพาะระดับ microalbuminuria ซึ่งแม้จะยังไม่ได้ทำการประเมินว่าได้รับการรักษาหรือยัง ก็อาจอนุมานได้ว่าที่ได้จัดการนั้นยังไม่เพียงพอที่จะชะลอการมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แนวทางที่จะนำไปพัฒนาคือการทบทวนเกณฑ์การใช้ยา ในรายการที่มีคำเตือนในผู้ป่วยที่การกรองของไตเริ่มลดลง การส่งเสริมให้ใช้ยาที่มีผลลด microalbuminuria โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการจัดการในรอบที่ตรวจประจำปีที่การตรวจปัสสาวะ นำเสนอทีมให้มีการจัดการเช่นให้การรักษาหาสาเหตุหรือนัดติดตามผลตรวจปัสสาวะเป็นต้น นอกจากนี้ จะต้องเพิ่มการให้ความรู้ผู้ป่วยในการชะลอไตเสื่อมโดยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการทำงานของไต ซึ่งไม่ได้มาจากโรคและยาที่ได้รับประจำเท่านั้นยังมีในชีวิตประจำวันอีกหลายปัจจัยดังกล่าวมาข้างต้น รวมทั้งจัดทำเครื่องมือแสดงถึงความเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะดำเนินไปมากขึ้นได้ตระหนักและเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณเจตนา เวียนศรี พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต. พันขาง และ คุณวารุณี ศรีตะวัน พยาบาลวิชาชีพคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ ที่สนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้แนะนำเพิ่มเติมการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้[อินเตอร์เน็ท] [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก. URL : https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606

2.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ป (พ.ศ. 2560 - 2579) ดานสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) กองยุทธศาสตรและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

3.สุทิน ศรีอัษฎาพร, วรรณี นิธิยานันท์. (2548). โรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.

5.วิภาพร อุตมะ(2560). การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต.อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการแพทย์เขต11 31(4): 577-588.

6.ยงยศ ธรรมวุฒิ, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, สมพร เนติรัฐกร และอัจฉรา เนตรศิริ. (2558). การประเมินผลการส่ง ต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเทศไทย. วารสารระบบสาธารณสุข 24(3): 450-467.

7.ศุลีพร แม้นนนทรัตน์(2566). ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ.วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคะวันออกเฉียงเหนือ) 38(1) :46-55.

8.อาคม รัฐวงษา(2563).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 5(2): 124-133

9.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ ฯ. แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567) [อินเตอร์เน็ท] [สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก. URL : https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/2024-07-17.

10.กอบกุล ยศณรงค์. (2555). การพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.ปัว จ.น่าน. วิจัยระบบสาธารณสุข, 6, 290- 297.

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

A model was developed to support health self-management in a chronic disease clinic for patients with uncontrolled type 2 diabetes at Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: November 3,2024 ; Revised: November 17,2024 ; Accepted: November 23,2024)

สุนันทา คำเพชรดี[1]
Sunanta khampetdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2566– กันยายน 2567 รวม 10 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1C>7%) จำนวน 162 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย แบบบันทึกแผนปฏิบัติการจัดการสุขภาพด้วยตนเองรายบุคคล และบันทึกติดตามการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired samples t – test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีการตั้งเป้าหมายด้านการจัดการวิถีชีวิตร้อยละ 53.70 และด้านการจัดการโรคร้อยละ 46.30 พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมอาหาร ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความดันโลหิตค่าบนและค่าล่าง ดัชนีมวลกาย และระดับ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, คลินิกโรคเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to study the situation and develop a support model for self-management in chronic disease clinics for uncontrolled type 2 diabetes patients at Nakhu Hospital, Kalasin Province. The research was conducted between December 2023 and September 2024, spanning 10 months. The sample included 162 uncontrolled type 2 diabetes patients (HbA1C>7%). Data were collected from questionnaires, patient diaries, individual self-management action plan records, and follow-up records. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed with statistics such as percentage, mean, standard deviation, and Paired samples t-test.

The results of the study indicated that after using the self-management support model, the sample group showed a high level of overall and individual self-efficacy in health management, with 53.70 percent setting goals for lifestyle management and 46.30 percent for disease management. The most commonly practiced behavior was taking medication as prescribed by a doctor, followed by increasing physical activities or exercise, managing stress, and controlling diet, respectively. When comparing the results before and after the implementation, it was found that overall and sub-dimensions of self-management

[1] โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

efficacy increased significantly at the .05 level, while systolic and diastolic blood pressure, body mass index, and HbA1C levels decreased significantly at the .05 level.

Keywords: self-management, type 2 diabetes, chronic disease clinic

บทนำ

โรคเบาหวานกลายเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อทรัพยากรด้านสาธารณสุขและการเงิน จากการสำรวจสุขภาพคนไทยพบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2552 ร้อยละ 6.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2563 คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.68 ภายในหนึ่งทศวรรษ[1] ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนจำนวน 3,326,855 ราย ได้รับการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 67.41 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 30.25[3] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด[4]

การเจ็บป่วยจากโรคเบาหวาน ถ้าหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังเช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงฉุกเฉิน, ภาวะจอตาผิดปกติ, โรคไตจากเบาหวาน, ภาวะจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจให้กับระบบการดูแลสุขภาพอีกด้วย[5] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยสำคัญได้แก่ การควบคุมชนิดและปริมาณอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และการจัดการกับภาวะเครียด[6-8] ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในการออกแบบหรือปรับรูปแบบบริการในคลินิกโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การรักษาโรคเบาหวานได้แก่ การรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน, การป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง และการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ[5]

การสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในออกแบบโปรแกรมหรือระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพช่วยทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น[9] เกิดความคุ้มค่า[10] และสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการกับโรคเบาหวานได้[11] เช่น โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Self-Management Program : CDSMP) ที่มุ่งเน้นทักษะการจัดการโรค รวมถึงการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการวางแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน การทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพ, การใช้ยาระดับที่ดีขึ้น, ลดค่าดัชนีมวลกาย, ลดระดับ HbA1Cและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[12-13] และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังในระดับองค์กร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการให้บริการ และให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และลดอัตราการนอนโรงพยาบาล[14-15]

โรงพยาบาลนาคูเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30 เตียง จากฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

เบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีผลการรักษาระดับน้ำตาลสะสมที่ควบคุมได้ดี (HbA 1C <7%) อยู่ที่ร้อยละ 14.72, 30.21, 28.14 ตามลำดับ[17] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขในทุกปี จากการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังพบว่า คลินิกโรคเรื้อรังจะมีการนัดผู้ป่วยมารับบริการสัปดาห์ละ 2 -3 ครั้ง โดยเฉพาะในภาคเช้าทำให้เกิดความแออัด ผู้ให้บริการมีเวลาบริการผู้ป่วยเพียง 2 - 3 นาทีต่อรายจึงสนใจเฉพาะค่าระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการปรับยาเป็นหลัก แต่ในส่วนการปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบการฝึกอบรมหรือบรรยายตามโอกาสที่สามารถดำเนินการได้ทำให้ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรักษาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรังจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการจัดการสุขภาพและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม โดยคาดว่าจะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเรื่องรูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2566– กันยายน 2567 รวมเวลา 10 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1C>7%) ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล นาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1C>7%) ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566– กันยายน 2567 จำนวน 162 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจงโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ทุกรายที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2565 แล้วพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร่วมกับเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 18-65 ปี 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดต้องสูงกว่า 7.01 mg% 3) สามารถ

สื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตโรคประสาท 2) มีภาวะแทรกซ้อนขั้นวิกฤติเช่น ไตวายระยะสุดท้าย โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการเกิน 2 ครั้ง 4) ออกจากการศึกษาก่อนครบกำหนดติดตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์แปลจาก IT-DMSES ของ Messina et al.

2. สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน

3. แบบบันทึกแผนปฏิบัติการจัดการสุขภาพด้วยตนเองรายบุคคล ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือของกาญจนา พิบูลย์

4. แบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองรายวัน ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจคุณภาพเครื่องมือเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาเพื่อให้มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจนเสร็จแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง เพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้แบบประเมินและนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (ค่า IOC) คัดเลือกข้อที่มีค่าระหว่าง .8-1.0 ในส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้เท่ากับ .868

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (planning)

1.1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 จัดประชุมระดมสมองทบทวนและกำหนดรูปแบบเริ่มต้นร่วมกับทีมสุขภาพ

2. ขั้นปฏิบัติการ (action)

2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเทคนิคและวิธีการใช้เครื่องมือในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้แก่ทีมสุขภาพ

2.2 จัดเตรียมความพร้อมในด้านข้อมูล อุปกรณ์ เครื่องมือและสถานที่

2.3 ติดต่อและนัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา สถานที่กำหนด โดยแบ่งเป็นรุ่นๆ ละ 20 คน เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน

2.4 ดำเนินการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างตามแผนที่กำหนด

2.5 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเทคนิคและวิธีการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับทีมสุขภาพ

3. ขั้นสังเกตการณ (observation)

3.1 สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการสุ่มเป็นรายกลุ่ม

3.2 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินการ เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงรูปแบบฯ ร่วมกับทีมสุขภาพ

3.3 กำกับและติดตามการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในแต่ละครั้ง

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection)

4.1 ประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อหารือเกี่ยวกับผลลัพธ์ ค้นหาแนวทางแก้ไข

ปัญหาที่ยังเหลืออยู่ ทบทวนแผนการดำเนินการ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ที่ถูกบันทึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงและถอดเสียงคำต่อคำในวันเดียวกัน การรวบรวมข้อมูลดำเนินต่อไปจนถึงจุดอิ่มตัว โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาที่แนะนำโดย Griesheim และ Lundman

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 160/2566 ลงวันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้จากโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ย 49.49 ± 8.777 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 40-54 ปี รองลงมาคือ 50-54 ปี, 40-44 ปี, มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี, 55-59 ปี, 35-39 ปี และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี ตามลำดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด และมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มีระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อยังพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับน้อย ยกเว้นการตรวจดูบาดแผลที่เท้าได้และการปรับเปลี่ยนแผนการรับประทานอาหารเมื่อออกกำลังกายมากขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนสภาวะสุขภาพมีความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับเหมาะสม, ระดับเสี่ยงป่วย และระดับปกติ ตามลำดับ, ความดันโลหิตค่าล่างอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าปกติ, ระดับปกติ และระดับเสี่ยงป่วย ตามลำดับ, ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 มากที่สุด รองลงมาคือ น้ำหนักปกติ, น้ำหนักเกิน, โรคอ้วนระดับที่ 2 และน้ำหนักน้อยหรือผอม ตามลำดับ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง รองลงมาคือ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนปานกลาง

2. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขั้นตอนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การโน้มน้าวผู้ป่วยให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, การวิเคราะห์ จำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความพร้อม, ประสานทีมสุขภาพเข้าร่วมประชุมระดมสมองออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนรายกลุ่ม, การจัดเตรียมความพร้อมดำเนินการตามแผน และติดต่อนัดหมายผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน, จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างแรงจูงใจและตัดสินใจเลือกรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กิจกรรม ครั้งที่ 2 ตั้งเป้าหมาย จัดทำแผนปรับเปลี่ยนฯ และชี้แจงการบันทึกการจัดการตนเอง, กิจกรรม ครั้งที่ 3 พัฒนาทักษะ แก้ไขปัญหาอุปสรรคและติดตามผลการปฏิบัติตามแผนปรับเปลี่ยน และ กิจกรรม ครั้งที่ 4 ประเมินผลลัพธ์สะท้อนผลการปฏิบัติ

3. ผลการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรัง

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

3.1 ระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายรายข้อยังพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากยกเว้นการรับประทานยาตามที่กำหนดได้อยู่ในระดับมากที่สุด และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ โดยภาพรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายด้านมากกว่าก่อนดำเนินการ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=162)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1. การจัดการโรค	2.37	0.289	3.94	0.377	161	-50.68	0.000	-1.637	-1.515
2. การจัดการวิถีชีวิต	2.33	0.280	3.92	0.287	161	-67.04	0.000	-1.630	-1.536
รวม	2.35	0.180	3.93	0.244	161	-75.29	0.000	-1.624	-1.541

3.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการสุขภาพด้วยตนเองรายบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการตั้งเป้าหมายแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการวิถีชีวิตร้อยละ 53.70 ในจำนวนนี้มีการตั้งเป้าหมายควบคุมอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดตามลำดับ และด้านการจัดการโรคร้อยละ 46.30 ในจำนวนนี้มีการตั้งเป้าหมายลดค่าน้ำตาลในเลือดมากที่สุด รองลงมาคือ การลดไขมันในเลือด, การลดน้ำหนัก, การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการลดความดันโลหิต ตามลำดับ

3.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือ การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเป็นประจำ, การจัดการความเครียดเป็นประจำ และการควบคุมอาหารเป็นประจำ ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ (n=162)

กลุ่มกิจกรรม	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ไม่ค่อยทำ	นานๆครั้ง	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1. การควบคุมอาหาร	3 (1.9)	6 (3.7)	27 (16.7)	61 (37.7)	65 (40.1)
2. การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย	1 (0.6)	2 (1.2)	20 (12.3)	34 (21.0)	105 (64.8)
3. การจัดการความเครียด	0	3 (1.9)	8 (4.9)	54 (33.3)	97 (59.9)
4. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2 (1.2)	1 (0.6)	1 (0.6)	15 (9.3)	143 (88.3)

3.4 สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับ

เหมาะสม, ระดับปกติ และระดับเสี่ยงป่วย ตามลำดับ, ความดันโลหิตค่าล่างอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าปกติ, ระดับปกติ และระดับเสี่ยงป่วย ตามลำดับ, ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักปกติมากที่สุด รองลงมาคือ โรคอ้วนระดับที่ 1, น้ำหนักเกิน, โรคอ้วนระดับที่ 2 และน้ำหนักน้อยหรือผอม ตามลำดับ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ความดันโลหิตค่าบน, ความดันโลหิตค่าล่าง, ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีความดันโลหิตค่าบน, ความดันโลหิตค่าล่าง, ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงจากก่อนดำเนินการ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=162)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1. ความดันโลหิตค่าบน	80.30	8.665	79.99	8.154	161	2.62	0.010	0.076	0.541
2. ความดันโลหิตค่าล่าง	131.38	15.619	128.65	11.971	161	5.67	0.000	1.781	3.688
3. ดัชนีมวลกาย	24.93	4.221	24.59	4.027	161	4.31	0.000	0.183	0.493
4. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	9.56	1.183	8.82	2.074	161	9.55	0.000	0.587	0.892

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 49.49 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-54 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับน้อย ในขณะที่สภาวะสุขภาพมีปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ, ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง สถานการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการโรค การขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การขาดระบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองที่เพียงพอยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญหลายด้านพร้อมกัน ทั้งความดันโลหิตสูง โรคอ้วนระดับที่ 1 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ที่สูง ยิ่งทำให้การดูแลรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์ และคณะที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง[16] และการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษที่พบว่า ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหลายประการ[17] ด้วยเหตุนี้คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและระดับ

การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอนสำคัญ เริ่มจากการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความพร้อม หลังจากนั้นจึงประสานทีมสุขภาพเพื่อออกแบบกิจกรรมจัดเตรียมความพร้อม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน เมื่อดำเนินการถึงขั้นนี้แล้วจึงจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ตั้งเป้าหมาย จัดทำแผนปรับเปลี่ยน และชี้แจงการบันทึกการจัดการตนเอง รวมถึงการพัฒนาทักษะ แก้ไขปัญหาอุปสรรค ติดตามผลการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์พร้อมสะท้อนผลการปฏิบัติ รูปแบบดังกล่าวเน้นการประเมินความพร้อมและการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change Model) ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินความพร้อมก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับขั้นตอนการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของครีเออร์ (Creer) ที่กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง[18]

ผลการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองหลังดำเนินการโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการโดยภาพรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายด้านมากกว่าก่อนดำเนินการสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายฉบับที่พบว่า การจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น[19-22] ในขณะที่การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการสุขภาพด้วยตนเองรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีการตั้งเป้าหมาย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรคมีการตั้งเป้าหมายลดค่าน้ำตาลในเลือดมากที่สุด รองลงมาคือ การลดไขมันในเลือด, การลดน้ำหนัก, การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการลดความดันโลหิต ตามลำดับ และด้านการจัดการวิถีชีวิตมีการตั้งเป้าหมายควบคุมอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดตามลำดับ เมื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือ การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเป็นประจำ การจัดการความเครียดเป็นประจำ และการควบคุมอาหารเป็นประจำ ส่งผลให้สภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการมีความดันโลหิตค่าบน, ความดันโลหิตค่าล่าง, ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าลดลงจากก่อนดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตน์ อินทรแสน ที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยการกำหนดปัญหา การประเมินปัญหาและความต้องการ การรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย, การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ตามการรับรู้และตระหนักในปัญหาสุขภาพ, การให้ความรู้

คำแนะนำ และการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหา และอุปสรรคในการจัดการตนเอง, การตั้งเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการสุขภาพตนเอง, การสร้างเครือข่าย ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง[23] และการศึกษาของพัชรินทร์ ทัพวิเศษ ที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยการการวิเคราะห์สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว, การกำหนดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว, การดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และสรุป ถอดบทเรียนกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว[24] ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนดำเนินการ รวมถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าลดลงจากก่อนดำเนินการ[23-24] การวิจัยนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตค่าบน, ความดันโลหิตค่าล่าง และดัชนีมวลกายก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีความดันโลหิตค่าบน, ความดันโลหิตค่าล่าง และดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนดำเนินการ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ปรับปรุงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการสุขภาพของตนเองและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวได้

1.2 คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีการพัฒนาและขยายระบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่มีความจำเป็นต้องมีการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการติดตามการใช้ยา เช่น โรคไตวาย, โรคความดันโลหิต และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

1.3 โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการออกแบบโปรแกรมสุขภาพเฉพาะบุคคล เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างตรงจุดและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการดำเนินการวิจัยในระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพและการปฏิบัติ รวมถึงอุปสรรคและปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชัน เพื่อปรับปรุงระบบการนัดหมายและการบริการที่เอื้อต่อการติดตามสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมารับการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายได้

2.3 ควรมีการวิเคราะห์ด้านต้นทุนและผลตอบแทนของการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ทราบถึงความคุ้มค่าในการลงทุนและพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างคุ้มค่าในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443.
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. ข่าวในรั้ว: สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องในวันเบาหวานโลกปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/.
3. กระทรวงสาธารณสุข, ระบบรายงาน HDC. กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?
4. The American Diabetes Association (ADA). Diabetes Care 2019 [Internet]; 2019 [cited 2023 Oct 20]; 42(Suppl. 1):S13–S28 |. Available from https://doi.org/10.2337/dc19-S002.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru.
6. Raebel MA, Schmittdiel J, Karter AJ, Konieczny JL, & Steiner JF. Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. Med Care [Internet]. 2013 Aug [cited 2023 Oct 20];51(8 Suppl 3): S11-21. Available from doi: 10.1097/MLR.0b013e31829 b1d2a. PMID: 23774515; PMCID: PMC3727405.
7. Lambrinou E, Hansen TB, & Beulens JW. Lifestyle factors, self-management and Patient empowerment in diabetes care. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2019 Dec [cited 2023 Oct 20];26(2_suppl):55-63. Available from doi: 10.1177/2047487319885455. PMID: 31766913.
8. Awuchi, C.G., Echeta, C.K., & Igwe, S.. "Diabetes and the nutrition and diets for its Prevention and treatment: A systematic review and dietetic perspective. Health Sciences Research. 2020; 6(1): 5-19.
9. Beck J, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Sci Diabetes Self Manag Care 2017[Internet]. 2021 Feb [cited 2023 Oct 20];47(1):14-29. Available from doi:10.1177/0145721720987926. PMID: 34078205.
10. Winkley K, et al. Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. Health Technol Assess [Internet]. 2020 Jun [cited 2023 Oct 20];24 (28):1-232. Available from doi: 10.3310/hta24280. PMID: 32568666; PMCID: PMC7336224.
11. Lambrinou E, Hansen TB, & Beulens JW. Lifestyle factors, self-management and Patient empowerment in diabetes care. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2019 Dec [cited 2023 Oct 30];26(2_suppl):55-63. Available from doi: 0.1177/2047487319885455.PMID: 31766913.
12. Boehmer KR, Dabrh AMA, Gionfriddo MR, Erwin P, & Montori VM. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. PloS One [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 30];13(2):1-17. Available from doi: 10.1371/journal.pone.0190852. PMID: 29420543; PMCID: PMC5805171.
13. Mayberry LS, Lyles CR, Oldenburg B, Osborn CY, Parks M, & Peek ME. mHealth Interventions for Disadvantaged and Vulnerable People with Type 2 Diabetes. Curr Diab Rep [Internet]. 2022 Nov 25[cited 2023 Oct 30];19(12):148. Available from doi: 10.1007/s11892-019-1280-9. PMID: 31768662; PMCID:PMC7232776.

14. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WC, & Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2016 Jan 22 [cited 2023 Oct 30];8:7. Available from doi:10.1186/s13098-015-0119-z. PMID: 26807158; PMCID:PMC4722715.
15. Reynolds R. et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Fam Pract [Internet]. 2018 Jan 9 [cited 2023 Oct 30];19(1):11. Available from doi: 10.1186/s12875-017-0692-3. PMID: 29316889; PMCID: PMC5759778.
16. ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์, สายสุรีย์ หงส์ศิลา และสุดารัตน์ อัตถกิจมงคล. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023; 8(1): 1-9.
17. กฤตกร หมั่นสระเกษ. กลยุทธ์การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(2): 214-225.
18. Creer, L. T. Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M.(Eds.). Handbook of self-regulation. San Diego, CA: Academic Press. 2000;601-629.
19. ราเชนทร์ ประสพศิลป์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3): 70-81.
20. อภิชัย คุณีพงษ์, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และพัฒนา พรหมณี. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลวัดตูม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2567; 9(5): 735-749.
21. สิทธิพร เพชรทองขาว อัญชิสา สุขบาล ธีราพร สังข์รอด และฐิตินันท์ ชูเมฆ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2023;19(2):88-101.
22. สมถวิล สนิทกลาง, สุนีย์ ละกาปั่น และปาหนัน พิชยภิญโญ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลิน. Thai Journal of Public Health. 2565;25(3): 205-221.
23. ตวงรัตน์ อินทรแสน. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2023; 10(8):277-288.
24. พัชรินทร์ ทัพวิเศษ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(4): 893-899.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี

The development of a relative caregiver participation model for caring older cancer persons in oncology clinic, Udonthani Hospital.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

จิริสุดา กาญจนสถิตกุล[1]
Jirisuda Kanchanasathitkul[1]

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด และศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จำนวน 102 คน ญาติผู้แล จำนวน 102 คน บุคลากรประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 25 คน ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล 3) แบบวัดความรู้ของญาติผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนตรวจ 2) ระยะตรวจเข้าพบแพทย์ 3) ระยะหลังตรวจ และ4)ระยะกลับบ้าน มีกิจกรรมการให้ความรู้ในระยะที่3 คือระยะหลังตรวจ วัดความรู้ก่อนให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 4 และวัดผลภายหลังให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ก่อนให้ความรู้มีความรู้อยู่ในระดับปานเท่ากับ 8.97 คะแนน ภายหลังให้ความรู้มีความรู้อยู่ในระดับสูงเท่ากับ 13.52 คะแนน ด้านการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ร้อยละ70.58 สำหรับความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ด้วยความเป็นกันเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.39 โดยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 36 ภายหลังการพัฒนามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วม การพัฒนา ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ญาติผู้ดูแล

Abstract

The objective of the action research was to develop a model of relative participation for caring for elderly people with lung cancer and study the results of a model of relative participation for caring for elderly people with lung cancer in an oncology clinic at Udon Thani Hospital. The sample group was calculated using the proportion estimation formula, including 102 elderly people with lung cancer, 102 caregivers, and 25 personnel consisting of doctors, pharmacists, nurses, nutritionists, physical therapists, and assistants. The study was conducted between February 2024 and April 2024. The tools used consisted of: 1) a questionnaire on the participation of relatives in caring for elderly people with lung cancer who received services in specialized cancer clinics. 2) a questionnaire. Satisfaction of elderly people with lung cancer and their relatives who care for them. 3) Lung cancer knowledge test for elderly people. 4) Staff satisfaction questionnaire. Statistics analyzes

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี

quantitative data. Analyzed with percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The results found that the model for relative participation in caring for the elderly with lung cancer consists of four phases, as follows: 1) the pre-examination phase; 2) the visit to the doctor phase; 3) the post-examination phase; and 4) the return home phase. There are activities to provide knowledge in Phase 3, which is the period after inspection. Knowledge was measured before providing knowledge in the 4th week and after educating elderly people with lung cancer receiving services at an oncology clinic in the 6th week. Before giving knowledge, knowledge was at a normal level equal to 8.97 points. After giving knowledge, knowledge was at a high level, equal to 13.52 points. Regarding the participation of relatives and caregivers, it was found that 70.58 percent of relatives took part in caring for the elderly with lung cancer. As for the satisfaction of elderly people with lung cancer and their relatives who care for them, they were satisfied that the staff took care of them with friendliness at a high level of 80.39 percent. Before developing the care model for elderly people with lung cancer who received services at an oncology clinic, staff were satisfied at a moderate level, 36 percent. After development, satisfaction was at its highest level, 80 percent.

Keywords: Participation, development, elderly with lung cancer, caregiver

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีผลกระทบที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิต พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกเป็นอันดับที่สอง รองมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิต 8.8 ล้านคน โดยทั่วโลกเกือบ1 ใน 6 ของคนที่เสียชีวิต มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งประมาณ 70% คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เพิ่มขึ้นราว 21.7 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มากกว่า 7,000,000 คน[1] ซึ่งมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในโลก มีจำนวน 1.82 ล้านราย และเสียชีวิตมากที่สุด เป็นจำนวน 1.6 ล้านราย ในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2558 พบ มะเร็งปอดรายใหม่สูงเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งต่อมลูกหมากในเพศชาย และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม รวมถึงมีอัตราการตายสูงเป็น อันดับ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิง[2] ส่วนใหญ่ช่วงอายุที่เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 60 -79 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยของผู้สูงอายุ (Siegel RL, Miller KD, Jemal A., 2015) และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด จะเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป[3] ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นมีผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งค่าใช้จ่ายประจำปีของโรคมะเร็งทั้งหมดในปี 2553 อยู่ที่ประมาณ 1.16 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ[1]

สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย มีอัตราการตายเท่ากับ 107.88 ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2559 เพิ่มขึ้นเป็น 117.7 ต่อประชากร 100,000 ราย สถิติ 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศชายและเพศหญิง ไดแก มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเตานม และมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2564 (All patients) มีจำนวน 8,419 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (All new cancer patients) จำนวน 2,938 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.9 เป็นเพศชาย 1,313 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.7 เป็นเพศหญิง 1,615 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 พบ โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ จำนวน 263 ราย เป็นเพศชาย 152 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.79 เป็นเพศหญิง 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.20 โดยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเพศชายและเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 55 – 75 ปี มากที่สุด[1]

โรคมะเร็งปอดในผู้สูงอายุ สาเหตุการเกิดส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งธรรมชาติ

ทางชีววิทยาของมะเร็งปอดมีความซับซ้อน ทำให้พบผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการของโรคอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจาย เป็นผลให้ผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายในเวลา 1-2 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,2557) ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้และมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยพบว่าด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปากเป็นแผล รู้สึกเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบากเป็นอาการหนึ่งที่ทรมานและพบบ่อย มีอัตราการเกิดร้อยละ 29 ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการหายใจลำบากจะรู้สึกกลัวต่อการขาดอากาศหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หายใจลำบากถึง 2 เท่า อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงของการหายใจออก[4] มักมีอาการเป็นบ่อยและมากเวลาทำกิจกรรม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การแต่งตัว หรือทำงาน ส่งผลทำให้เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ยาบางชนิดทำให้กระบวนการตัดสินใจด้อยประสิทธิภาพ สูญเสียความทรงจำเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา การดำเนินโรค รู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากความเหนื่อยล้า รู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม พูดคุยกับคนในครอบครัวได้น้อยลง เนื่องจากการพูดคุยทำให้เหนื่อยมากขึ้น ไม่มีแรงออกไปข้างนอก ทำให้การติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนถูกจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้ถ้าไม่มีออกซิเจน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ด้านจิตวิญญาณ มีความหวาดกลัว รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีทัศนคติด้านลบต่อโรคทำให้ส่วนมากรู้สึกแล้วโกรธ นึกถึงความตาย ความสิ้นหวัง อนาคตไม่แน่นอน และไม่มีทางรักษาให้หาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะหลายอย่างในร่างกายทำหน้าที่ ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ ภายหลังจากการบริหารยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย จากอัตราการกรองของไตที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพร่างกายที่เปราะบาง ทำให้มีความทนต่อยาลดลง นำไปสู่การเกิดเป็นพิษของยาเคมีบำบัดมากขึ้น ร้อยละ 90 ในวัยสูงอายุจะมีการใช้ยา รักษาโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 ชนิด กรณีมีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยินลดลง มีปัญหาในการใช้ยาผิดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เช่นกัน วัยสูงอายุมีปัญหาด้านการขาดความมั่นคงในรายได้ ทำให้บุตรหลานมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายอัตราการรอดชีวิตและเป็นปัจจัยเสี่ยงของการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น (National Comprehensive Cancer Network,2016) ดังนั้นบทบาทการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจึงมีความสำคัญ[4]

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ระดับตติยภูมิ มีจำนวน 1,022 เตียง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา จำนวน 2187, 3416 และ 2851 ราย ตามลำดับ ในเป็นผู้สูงอายุมะเร็งปอด จำนวน 193 , 320 และ 237 ราย ตามลำดับและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 94 , 103 และ 79 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 40 , 52 และ 34 ราย ตามลำดับ[5] จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า คลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี มีผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด กรณีผู้สูงอายุมาคนเดียวส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรับยาเคมีบำบัด เนื่องจากไม่มีญาติ กลัวไม่มีคนดูแลเวลาได้รับยาเคมีบำบัด ไม่กล้าไปห้องต่างๆด้วยตัวเองกลัวหลงทางกลับห้องตรวจไม่ถูก นอกจากนั้น

ยังพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาการได้ยิน การมองเห็นไม่ชัดเจน จำข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ มีอาการเหนื่อยเพลียง่ายช่วยตัวเองได้น้อย สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถามเจ้าหน้าเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ยังไม่มีความครอบคลุม ต่างคนต่างให้ ด้านการบันทึกข้อมูลพบว่า เจ้าหน้าที่ไม่มีการบันทึกหลังให้ข้อมูลต่างๆกับผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดความจำเพาะของมะเร็งแต่ละชนิด และขาดการติดตามปัญหาที่พบในสูงอายุโรคมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานีไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิก การดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางเนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตลอดจนจิตวิญญาณ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ ด้านเจ้าหน้าที่มีรูปแบบการดำเนินงานภายในคลินิกมะเร็งเฉพาะทางที่มีความชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ ทำให้การทำงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้ฐานคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกรอบในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี และนำฐานคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด เคมมิส และแม็กแท็กการ์ด ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 จำนวน 102 คน ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติคือ
เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี สื่อสารได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้และ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้แลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 จำนวน 102 คน มีคุณสมบัติดัง คือ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด สื่อสารได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 25 คนซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง

โรงพยาบาลอุดรธานี และมีประสบการณ์ในการทำงาน ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งปอด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งปอด โดยเป็นรูปแบบที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนดังนี้ 1. ระยะก่อนตรวจ (แรกรับ) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนเข้าพบแพทย์ 2. ระยะตรวจ (เข้าพบแพทย์) เป็นการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้สูงอายุมะเร็งปอดและญาติ 3. ระยะปฏิบัติ เป็นการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล 4. ระยะหลังตรวจ (ก่อนกลับบ้าน) เป็นการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและออกใบนัดเพื่อการนัดหมายครั้งถัดไป

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยและญาติระยะเวลาที่ใช้ 15 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทาง และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสอบถามใช้วิธีสนทนากลุ่ม ภายหลังจากพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ดูแลด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ด้วยความเป็นกันเอง พึงพอใจเมื่อเข้ารับบริการ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

2.3 แบบวัดความรู้ญาติผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้วิธีวัดแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้ความรู้ One group pretest posttest design) โดยวัดผลลัพธ์ก่อนให้ความรู้ในสัปดาห์ที่1 และวัดผลหลังการให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 4 ของการมาตรวจรับการรักษาตามแพทย์นัด ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ใช้ 15 นาที เนื้อหาประกอบด้วย โรคมะเร็งปอด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 15 คะแนน โดยข้อคำถามที่ให้ตอบมี 3 ลักษณะ คือ ตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” เกณฑ์คือ ตอบใช่ เท่ากับ 1 คะแนน , ตอบไม่ใช่และไม่แน่ใจได้ เท่ากับ 0 คะแนน สำหรับข้อที่ 6 , 7 และ 15 กรณีตอบใช่ มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ข้อที่เหลือตอบใช่ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนน 0 – 5 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 6 – 10 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 11- 15 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสอบถามใช้วิธีสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาที่ใช้ 15 นาที แบบสอบถามมีทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ดูแลด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส การดูแลเอาใจใส่ด้วยความเป็นกันเอง พึงพอใจเมื่อเข้ารับบริการ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแล ผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง และ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา Content validity index (CVI) 0.80 ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความ เชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนแบบวัดความรู้ของญาติ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคู เดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.89 , 0.86 ,0.92 และ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบตามแผนการปฏิบัติ (action) เป็นการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) เป็นการสังเกตุเพื่อการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยการมีส่วนร่วมญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการสะท้อนข้อมูลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง โดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ปัญหาเพื่อประเมินและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อเสนอแนะและข้อคิดที่ได้รับเพิ่มเติมต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC 22/2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด มีจำนวนทั้งหมด 102 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 18 อายุระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามีอายุระหว่าง 21 – 40 ปี ร้อยละ 28.34 และ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.76 ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่า มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.09 รองลงมามีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.44 และ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 18.63 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 32.30 รองลงมามีอาชีพข้าราชการ ร้อยละ

27.45และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 14.70 ด้านสถานภาพ พบว่ามีสถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 74.50 รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 23.54 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 100 และผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 57.82 รองลงมาเป็นภรรยา ร้อยละ 24.50 และสามี ร้อยละ 5.88

การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการดูแลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด มีจำนวนทั้งหมด 102 คน ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดมากที่สุด ร้อยละ 63.72 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.35 ด้านการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาในครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 65.68 รองลงมา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.42 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.90 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินแก้ไขปัญหา เช่น ค่าใช้จ่ายในการรรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.70 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 25.49 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.80 ด้านการมีส่วนร่วมในดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยระบายในสิ่งที่ไม่สบายใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 68.62 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 0.98 ด้านส่วนร่วมในดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียจากการได้รับยา อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.66 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.39 ด้านการมีส่วนร่วมหรืออยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะที่พยาบาลประเมินสภาพแรกรับของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 69.60 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 28.43 ด้านมีส่วนร่วมหรืออยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะที่พยาบาลสอบถามอาการที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดของผู้และญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70.58 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 28.43 ด้านการมีส่วนร่วมหรืออยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้าพบแพทย์ เช่น หาที่นั่งเหมาะสม จัดท่าที่สุขสบายหรือผ่อนคลาย อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.56 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.47 ด้านการมีส่วนร่วมรับฟังขณะที่แพทย์แจ้งข้อมูลการพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.56 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.47 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70.58 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 27.45 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.96 ด้านการมีส่วนร่วมในการสอบถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ท่านและผู้ป่วยไม่เข้าใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.52 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 24.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.96 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขณะที่เข้ารับการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 72.54อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 25.49 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.96 ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.56 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.47 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.96 ด้านการมีส่วนร่วมในการดูในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70.58 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 27.45 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.96

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดของญาติผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 102 คน ก่อนการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดพบว่า มีคะแนนความรู้เท่ากับ 8.97 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีความรู้สูงที่สุดคือควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระหว่างรับการรักษา มีคะแนนความรู้

เท่ากับ 14.55 คะแนน แปลผลคือมีความรู้อยู่ในระดับที่สูง สำหรับข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมี ไม่ว่าจะได้รับยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า หรือ ยาภูมิคุ้มกันบำบัด การเกิดผลข้างเคียงจากยาจะมีอาการเหมือนกันทุกราย มีคะแนนความรู้เท่ากับ 0.88 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดพบว่า มีคะแนนความรู้เท่ากับ 13.52 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับสูงโดยข้อที่ได้คะแนนเต็ม 15 คะแนน คือ โรคมะเร็งปอดสาเหตุการเกิดส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่, อาการระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็งปอดไม่มีอาการใดชี้ชัดเจน แต่อาจพบอาการ ไอเรื้อรัง ไอแห้งๆ นานกว่าปกติ หรือมีเลือดปนกับเสมหะ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ซีด อ่อนเพลีย เป็นต้น, ควรหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และอาหารที่มีแอลกอฮอล์ผสมในช่วงที่ให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุช่องปาก, ในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลีกเลี่ยงการไปในที่แออัด เช่น ตลาดโรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า หากจำเป็นควรสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ,ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดหากมีอาการอ่อนเพลีย ท่านควรนอนพักฟื้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 1 - 2 วัน ที่บ้านและหากมีอาการ ไข้สูง ท้องเสียอย่างรุนแรง หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน อย่างรุนแรงควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สำหรับข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือควรงดการรับประทานผักสด ผลไม้เปลือกบาง เช่น องุ่น ชมพู่ และผลไม้ที่ไม่ มีเปลือก เช่น สตอร์เบอรี่ โดยเฉพาะในช่วง 14 วันแรก หลังได้รับยาเคมีบำบัด มีคะแนนความรู้เท่ากับ 5.73 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี

ความพึงพอใจของญาติผู้สูงอายุต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ญาติผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 102 คน ส่วนใหญ่เป็น มีระดับความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ดูแลด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส ขณะให้บริการ อยู่ในระดับมากร้อยละ 78.40 รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 9.80 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 9.80 ด้านการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเป็นกันเอง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 80.39 รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 11.76 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 7.84 ด้านความพึงพอใจเมื่อเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 76.47รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 12.74 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 10.78 ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 82.35 รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 10.78 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 6.86 และด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี มีความเหมาะสมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 79.41รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 10.78 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 9.80

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด นักโภชนากร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84 รองลงมามีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 12. และพึงพอใจระดับปาน

กลาง ร้อยละ 4 ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง มีความเหมาะสม และง่ายต่อการนำไปใช้ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 72 รองลงมามีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20 และพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 8 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ (ก่อนพัฒนา) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 36 รองลงมามีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36 และพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด (หลังพัฒนา) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80 รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ฐานคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกรอบในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี และนำฐานคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด เคมมิส และแม็กแท็กการ์ด ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งปอดและนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมด้วยทุกกระบวนการ ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับบริบทของ คลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี เกิดความพึงพอใจทั้งบุคลากรและผู้ป่วยตลอดจนญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิก เฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดโดยนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอนซึ่งญาติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในการสอบถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 73.52 ทำให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขณะที่เข้ารับการรักษา 72.54 และมีส่วนร่วมในการดูในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ร้อยละ70.58 ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลมองว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด มีความเหมาะสม ร้อยละ 79.41 สอดคล้องกับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นว่า มีความเหมาะสม และง่ายต่อการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 72 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคบั ประคองและระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .027)[6] เชื่อมโยงกับการศึกษาของจุฑาพงศ์ เตชะสืบ ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน วิจัยเชิงพัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 74.0 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานคงเดิม ร้อยละ 26.0[7]

2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ก่อนการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดพบว่า มีคะแนนความรู้เท่ากับ 8.97 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดพบว่า มีคะแนนความรู้เท่ากับ 13.52 คะแนน แปลผลคือ มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมะเร็งปอดและยาติผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มมากขึ้น คาดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน ชัยนาม และคณะ ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 100 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =17.56, S.D.= 0.81) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 16.44, S.D.= 1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) และผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05)[8] นอกจากนั้นยังเชื่อมโยงกับการศึกษาของ จินตพักตร์ จันทะโคตร และคณะ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป และด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p<.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ดูแลด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใสขณะให้บริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.40 การดูแลเอาใจใส่ด้วยความเป็นกันเอง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.39 และเมื่อเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 76.47 สำหรับเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 36 ภายหลังการพัฒนามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด มากกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของแคทริยา ศรีอุดม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่มีญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วยในทุกขั้นตอนของการมารับการรักษา ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลเพิ่มขึ้นเนื่องจากบางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจากการกลัวไม่มีคนดูแล เมื่อต้องมีการตรวจหรือมีการรักษาเพิ่มเติม

2. ควรมีผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในคลินิกเฉพาะทางมะเร็งลงสู่ชุมชนโดยการนำเครือข่ายชุมชนเข้า

มามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาล บ้านและชุมชน ส่งผลทำให้เกิดการดูแลที่คลอบคลุมเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์หญิงสุกัญญา ภัยหลีกลี้ นายแพทย์เชี่ยวชาญ บรรณาธิการวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี นางพัฐอรณ์ อนุรักษ์พัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงนิษฐา นิภาวงศ์ แพทย์ชำนาญการเฉพาะทางอายุรกรรมมะเร็ง ดร.อริณรดา ลาดลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี นางณัฐพัชร์ พรหมมินทร์พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งช่วยเหลือให้ข้อมูลด้านงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกเฉพาะทางมะเร็ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมะเร็ง ที่อำนวยความสะดวก และสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และ ผู้สูงอายุมะเร็งปอดและญาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนให้ความร่วมมือและร่วมดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018.
2. American Cancer Society, http://www.cancer.org, 1 June 2014
3. Burhenn SP, McCarthy AL, Begue A, Nightingal G, Cheng K, Kenis C. Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals: Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric oncology (SIOG). Geriatric Oncology 2016: 1-6.)
4. ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, & สุรีพร ธนศิลป์. (2015). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ ป่วย มะเร็งปอด. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 27(1), 120-132.
5. โรงพยาบาลอุดรธานี, (2567). รายงานประจำปีของคลินิกเฉพาะทางมะเร็งโรงพยาบาลอุดรธานี, โรงพยาบาลอุดรธานี
6. รัตนาภรณ์ รักชาติและคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและ ระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. APHEIT Journal of Nursing and Health, 4(2), e2782-e2782.
7. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง, & รังสิยา นารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วน ร่วม ของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. Nursing Journal, 47(2), 111-121.
8. ยุพิน ชัยนามและคณะ.(2567). ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก.โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข
9. จินตพักตร์ จันทะโคตรและคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก.วารสารการพยาบาลและการศึกษา,14(2), 11-24.
10. แคทริยา ศรีอุดม .(2556).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน

The effect of discharge planning program on knowledge, health care behavior, HbA1c, and readmission rate in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Phang Khon Hospital.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

ณิชกานต์ ลาภะ[1]
Nitchakarn lapa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่เข้านอนรักษาแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบบันทึกผลลัพธ์อัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-10.215$, $p<0.001$; $t=-6.648$, $p<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=3.367$, $p=0.002$) และไม่พบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การวางแผนจำหน่าย, การดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimantal research aimed to study the effect of discharge planning program on knowledge, health care behavior, HbA1c, and readmission rate in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Phang Khon Hospital. The sample were the patients who had uncontrolled of type 2 diabetes and admitted at Medical ward of Phang Khon hospital with hypoglycemia or hyperglycemia during the month of September to October 2024. Purposive sampling was used for selecting the sample totally of 30 cases. Data collection included the questionnaires of general data of sample, the knowledge of diabetic disease and self-care, the behavior of self-care, and the recording form of readmission rate. The experimental instrument was the discharge planning program. Data were analyzed by descriptive statistic and paired t-test statistics.

The result showed; mean score of knowledge and self-care behavior of type 2 diabetes after receiving a discharge planning program higher than before receiving the program, significantly ($t=-10.215$, $p<0.001$; $t=-6.648$, $p<0.001$). The level of HbA1c decreased after receiving the program significantly ($t=3.367$, $p=0.002$). And not found the readmission rate.

Keyword: type 2 diabetes, discharge plan, self-care.

[1] โรงพยาบาลพังโคน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) ที่เป็นภาระโรคสำคัญของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค 3.2 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานปี 2558-2562 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัว รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจประเทศ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ[1]

จากรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c ≤ 7 mg%) ระหว่างปี 2563-2565 มีเพียงร้อยละ 28.91, 28.05 และ 29.75 ตามลำดับ[2] จากข้อมูลดังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลายาวนาน จะส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและการทำงานล้มเหลว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอาทิเช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจขาดเลือด ตาสูญเสียการมองเห็น ชาปลายมือปลายเท้า ไตวายเรื้อรัง รวมถึงเป็นแผลง่ายหายยากบางรายอาจจำเป็นต้องตัดขาเป็นต้น[3] นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของโรคผู้ป่วยในโรงพยาบาลระหว่างปี 2563-2565 ซึ่งพบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,541.59, 1,504.08 และ 1,419.92[4] จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่าโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนัก เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองและจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิถีชีวิตของตนเอง

เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยทั่วไปคือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอยู่ระหว่าง 80-130mg%, ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหารน้อยกว่า 180mg%, หรือระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่เกิน 7.0 mg% มีการศึกษาที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆคือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นแรง อาการสั่น ในกรณีรุนแรงอาจชักหมดสติ และเสียชีวิต เป็นเหตุผลทำให้ต้นทุนการรักษาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น[5] ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและจัดการโรคเบาหวานไม่ได้

สถิติข้อมูลของโรงพยาบาลพังโคนพบว่า 1 ใน 5 ของโรคผู้ป่วยในของโรงพยาบาลคือโรคเบาหวาน ซึ่งพบอัตราป่วยต่อแสนประชากรระหว่างปี 2564-2566 เท่ากับ 1896.70, 2135.79 และ 2175.69 ตามลำดับ และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง จำนวน 66 ราย, 89 ราย และ 99 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันภายในปี 2564-2566 ร้อยละ 21.21, 10.11 และ 20.20 ตามลำดับ และเมื่อ

วิเคราะห์สาเหตุพบว่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยรายโรค ทั้งนี้ยังขาดกระบวนการพยาบาลเชื่อมโยงแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ครอบคลุม จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลต่อเนื่อง เป็นบริการแบบร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการที่ต้องจัดให้ผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านโดยผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี การวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[6] การวางแผนจำหน่ายที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางคือรูปแบบ D-METHOD มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ที่ดีของการวางแผนจำหน่ายอาทิเช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรีพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับสูง[8] และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8,9] นอกจากนี้ยังพบว่าการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจกสูงขึ้นเช่นกัน[10] หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นทำให้ ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายมาใช้ในการเตรียมและจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพังโคน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

สมมติฐานการศึกษา

1. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และ

แพทย์รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพังโคน ระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ด้วยภาวะระดับน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 30 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* powerเลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit & Hungler (1999) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[12] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ตามสูตรดังนี้[13]

$$n_{adjust} = \frac{n}{(1-R)}$$

$$n_{adjust} = \frac{27}{(1-0.1)} = 30.0$$

n = 30 ราย

n_{adjust} = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตาม

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 10% เป็นจำนวน 30 ราย

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[14] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนไม่เกินร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 12 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 13 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16 - 20 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทาน

อาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดละเลิกบุหรี่สุรา การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนน เท่ากับไม่ปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้ 5 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ และ 1 คะแนน เท่ากับปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[14] ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ความหมาย
ควรปรับปรุง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน
ปานกลาง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 46-59 คะแนน
ดี	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 60-75 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์อัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.94 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่าย

2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3. หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จัดประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพังโคน ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ

ในการดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วย ดำเนินการในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยแนะนำตัวให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เชิญผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหรือหากผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตัดสินใจได้จึงให้ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับฟังและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษาหรือไม่ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ที่ผู้ป่วยและหรือญาติจะได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา หาก

สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยให้ผู้ป่วยหรือญาติลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และนัดหมายการทำกิจกรรมวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติในครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 วางแผนการจำหน่ายในวันที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถพูดคุยได้และไม่มีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนความเห็นและร่วมตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงสาเหตุของปัญหาหลักที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเอง และร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายโดยเน้นการแก้ไขปัญหาหลักตามบริบทชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย และนัดหมายการดำเนินการตามกิจกรรมวางแผนการจำหน่ายในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่าย โดยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ระยะนี้เป็นการทบทวนความรู้ตามกระบวนการ D-METHOD และให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ตลอดจนแนวทางการรักษาโรค การใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การเลือกรับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัด พร้อมฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่เจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและญาติวางแผนการดูแลตนเองและมอบแผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพ และนัดประเมินผลโดยการติดตามทางโทรศัพท์

ระยะที่ 4 ประเมินผลหลังดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่าย 3 เดือน โทรศัพท์ติดตามสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลัก และสอบถามเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติหลังได้รับโปแกรมวางแผนจำหน่ายหรือไม่ พร้อมกับให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังดำเนินโปรแกรม

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2567 ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณ (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 3) ใช้สิติอัตราส่วนร้อยละในการ

นำเสนอระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) 4) ใช้สถิติอัตราส่วนร้อยละในการนำเสนออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2024-090 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เป็นวัยสูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.0 จบระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่ว่างงาน/อยู่บ้าน ร้อยละ 53.3 มีโรคร่วม ร้อยละ 90.0 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 10 ปี ร้อยละ 50.0 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 43.3 และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนทางไต เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ร้อยละ 40.0 และเคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (Hyperglycemia) ร้อยละ 33.3 ส่วนด้านประวัติยาเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่ใช้รับยาชนิดรับประทานอย่างเดียว ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือใช้ยาฉีดอินซูลินอย่างเดียว ร้อยละ 30.0 และได้รับยาฉีดอินซูลินชนิดเดียว ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.0 และมีรอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 63.3

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 80.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 และระดับสูง ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ และหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 60.0 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 11.30 คะแนน (S.D.=2.43) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 16.3 คะแนน (S.D.=2.2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-10.215, p<0.001) (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 และระดับดี ร้อยละ 30.0 และหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 55.7 คะแนน (S.D.= 11.0) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 67.1 คะแนน (S.D.=7.9) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-6.648, p<0.001) (ตารางที่ 1)

ผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 260.0 mg% (S.D.= 215.8) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 166.0 mg% (S.D.=47.6) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (t=2.622, p=0.014)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 8.6 mg% (S.D.= 2.4) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 7.8 mg% (S.D.=1.6) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=3.367, p=0.002)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้	11.43	2.43	16.3	2.2	29	-10.215	<0.001**
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	55.7	11.0	67.1	7.9	29	-6.648	<0.001**
*FPG (mg%)	260.0	215.8	166.0	47.6	29	2.622	0.014*
*HbA1c (mmol/dl)	8.6	2.4	7.8	1.6	29	3.367	0.002**

** p<.001

ผลการติดตามอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่พบกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 หลังจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

การวางแผนจำหน่ายอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตอนที่ III-3.2 ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย[15] เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประสบความสำเร็จในบริการสุขภาพและทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น ลดความล่าช้าในการรักษาและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[16] ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมาจัดทำเป็นโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพังโคนด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้คือ หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีขึ้นและไม่พบอัตราการเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงภายใน 28 วัน และผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากพบว่าหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ดีขึ้นและไม่พบอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น[7,8,9,10] ระดับน้ำตาลสะสะในเลือดหลังได้รับโปรแกรมจำหน่ายลดลง[8] และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริมา มณีโรจน์[8] ที่ยังพบอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 1 ราย การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่ง

รูปแบบของกระบวนการพยาบาลที่สำคัญในขั้นแรก คือ การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม[17] และเป็นบริการสุขภาพที่พยาบาลวิชาชีพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ผ่านกระบวนการพยาบาลได้ทุกขั้นตอนได้แก่ การประเมินปัญหาหรือความต้องการ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติการ การประสานงาน การกำกับติดตามและการประเมินผล [18,19] หลังประเมินปัญหามีการให้ความรู้กับผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงสาเหตุหลักของเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำเป็นรายบุคคล และร่วมกันการวางเป้าหมายการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง พร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พร้อมทั้งเสริมพลังอำนาจด้วยการให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายและคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นเทคนิคสำคัญในกระบวนการศึกษาครั้งนี้

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้นและไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางแผนพัฒนาสมรรถะพยาบาลแผนกต่างๆให้มีทักษะและความชำนาญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ควรมีการวางระบบให้ชัดเจน โดยการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นเวรนั้นๆ ทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและให้เวลาในการพูดคุย รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติ และร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือข้อคับข้องใจของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งให้ช่องทางการติดต่อให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยหรือญาติต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติได้ดีขึ้น

ด้านการวิจัย ในการศึกษาต่อไปควรเพิ่มเติมผลลัพธ์ระยะยาวหลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งจะทำให้มีการเปรียบเทียบผลการศึกษาได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2563-2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. วันเบาหวานโลก 14 พฤศจิกายน 2565 มุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล. 2565[สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. แหล่งข้อมูล https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/
4. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2567.
5. Goh S, Hussein Z, Rudijanto A. Review of insulin-associated hypoglycemia and its impact on the management of diabetes in South East Asian countries. Journal of diabetes investigation 2017, 8(5),635-645.

6. นงพิมล นิมิตรอานันท์. การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: แนวคิดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2560,23(3),501-510.
7. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุล, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง และอรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564, 32(2), 202-215.
8. ศิริมา มณีโรจน์. ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565, 6(1), 78-91.
9. ปิยะนันท์ ศรีทิน. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566,8(2),240-249.
10. เพ็ญศรี ปัญโญ, อรพิน มโนรส, มะลิ การปักษ์, และ อัญชลี แนวณรงค์. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นในการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. PMJCS Phrae Medical Journal and Clinical Sciences 2023, 31(2),1-16.
11. Rorden JW, & Taft E. Discharge planning guide for nurse. Philadelphia. PA: W.B. Saunders;1990.
12. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์. . การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2567]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
14. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์กรมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทหนังสือดีวัน; 2562.
16. Black RL & Duval C. Diabetes Discharge Planning and Transitions of Care: A Focused Review. Current Diabetes Reviews 2019,15(2),111-117.
17. Maramba PJ, Richards S, & Larrabee JH. Discharge planning process: Apply a model for evidence-based practice. Journal of Nursing Care Quality 2004,19(2),123-129.
18. Lin CJ, Cheng SJ, Shin SC, Chu CH, & Tjung JJ. Discharge planning. International Journal of Gerontology 2012,6,237-240.
19. An D. Cochran review brief: discharge planning from hospital to home. The Online Journal of Issues in Nursing 2014,20(2).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Development of a proactive tuberculosis surveillance system in the area of responsibility of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province

(Received: November 11,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 18,2024)

กรกต ผิวพุ่ม[1], สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล[2] และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์[3]
Korakott Phewpoom [1] Songkhamchai Leethongdissakul[2] and Surasak Thiabrithi[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 24 คน และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 28 คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบ 4S Model มาใช้ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและประชากรทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบท พื้นที่ 2) วางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) อนุมัติแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศติดตามการดำเนินงาน 6) ประชุมสรุปผล โดยระบบการเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุกที่ค้นพบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ 1 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการเฝ้าระวังวัณโรค 2) พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้หลักการของระบบ 4S Model 3) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด 4) กิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่เพื่อเก็บเสมหะผู้ที่มีอาการสงสัยเข้าข่ายการเป็นวัณโรคปอด 5) กิจกรรมการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 6) กิจกรรมเผยแพร่ข่าวสารเชิงรุกในชุมชน ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อกิจกรรม เพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ในด้านผลการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นจำนวน 2 ราย และ ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : ระบบเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุก, การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค, วัณโรคปอด

ABSTRACT

This research is an action research aimed at developing a proactive tuberculosis surveillance system with the participation of the community at Ban Non Rang Health Promotion Hospital, Mueang District, Khon Kaen Province. The research sample is divided into two groups: tuberculosis patients and their caregivers, totaling 24 people, and a

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Corresponding author Email: nonrueng85@gmail.com
[2] ปร.ด. รองศาสาตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3] ส.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

community health network group consisting of 28 people. The 4S Model system concept was applied to identify tuberculosis patients among at-risk populations and the general population. Data were collected questionnaires. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, as well as qualitative data analysis through content analysis.

The research findings indicate that the process of implementing an active tuberculosis surveillance model with community participation consists of six steps: (1) studying baseline data and analyzing the context of the area, (2) organizing a planning workshop, (3) developing an action plan, (4) executing the plan, (5) monitoring and evaluating the implementation, and (6) holding a meeting to summarize the results of the implementation. The active tuberculosis surveillance system includes six activities: (1) conducting practical training for community health volunteers and community leaders on tuberculosis surveillance, (2) searching for tuberculosis patients using the principles of the 4S Model, (3) conducting home visits to tuberculosis patients and their caregivers, (4) collecting sputum samples from individuals with suspected tuberculosis symptoms for testing, (5) communicating and promoting awareness through community announcement boards and informational posters, and (6) disseminating information regarding the development of the active tuberculosis surveillance system in the community.

Keywords: Proactive tuberculosis surveillance system, Searching for tuberculosis patients, pulmonary tuberculosis..

บทนำ

โรควัณโรคปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก เป็นโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของโลกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จากรายงานวัณโรคปอดระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2566 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอด (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย 5.5 ล้านคน ผู้ป่วยเพศหญิง 3.3 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นเด็กแรกเกิด - 14 ปี 1.1 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน ซึ่งมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 86 สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ติดเชื้อเอชไอวี องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 7.87 แสนคน หรือ คิดเป็น 10 ต่อประชากรแสนคน โดยเสียชีวิตปีละ 2.14 แสนคน จากการรายงาน พบผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ติดเชื้อเอชไอวี 3.76 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี[1]

วัณโรคปอดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการ คาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2566 คาดประมาณว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 103,000 คน คิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน[2] โดยมีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8,900 คน สำหรับสถานการณ์ วัณโรคปอดของจังหวัดขอนแก่น ในปีพ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 1,531 ราย มีความครอบคลุมขึ้นทะเบียนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment Coverage) ผลงาน ร้อยละ 76.06 (เป้าหมายร้อยละ 88) โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 78.05 (เป้าหมายร้อยละ 88) เสียชีวิตร้อยละ 11.90 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) ขาดยาร้อยละ 9.52 (เป้าหมายร้อยละ 0) จากการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคปอดและโรคเอดส์ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยยินยอมตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 843 ราย (ร้อยละ 81.6) มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 12.3) ได้รับยา ต้านไวรัส จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 68.9) และมีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิต จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 12.6)

ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านโนนรัง ปี 2563 พบผู้ป่วยเป็นวัณโรค 9 ราย พบผู้ป่วยขาดยา จำนวน 1 ราย ปี 2564 พบผู้ป่วยเป็นวัณโรค 11 ราย พบผู้ติดเชื้อ HIV ติดเชื้อวัณโรค จำนวน 2 ราย และ ปี 2565 พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค 13 ราย ความชุกคิดเป็น 160.97 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยขาดยา จำนวน 1 ราย วัณโรคปอดเป็นโรคที่ปรากฏอาการอย่างช้าๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน และเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้ว ได้รับการ วินิจฉัยล่าช้า ทำให้แพร่กระจายเชื้อในชุมชน

จากการดำเนินงานเฝ้าระวัง วัณโรคปอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนรังที่ผ่านมาซึ่งก่อนหน้านี้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมาจาก ระบบการเฝ้าระวังยังเป็นระบบการเฝ้าระวังแบบเชิงรับ ซึ่งการที่จะทราบว่าผู้ป่วยเป็นป่วยเป็นวัณโรคปอดก็ต่อเมื่อ มีอาการของวัณโรคปอด แล้วมารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองแล้ว ว่ามีอาการสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด จึงทำการส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางคนก็ไม่ไปรับการตรวจรักษาต่อ คนที่ไปรับการรักษาต่อก็ใช้เวลาในการวินิจฉัย ซึ่งในช่วงเวลาดำเนินการรักษานี้ จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ที่มีอาการของวัณโรคปอด สามารถแพร่เชื้อให้คนในชุมชนได้ง่าย ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา คือ 1) ด้านผู้ป่วย มีการดูแลตนเองที่ยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่นเป็นผู้ติดเชื้อ AIDS ไม่ทราบเป้าหมายของการรักษา ผู้ป่วยขาดนัด การขากและกำจัดเสมหะไม่ถูกต้อง เลิกกินยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาวัณโรคปอดได้ ซึ่งส่งผลให้อาการรุนแรงขึ้น และอาจตายจากการป่วยเรื้อรังได้ หรือมีระยะเวลาแพร่เชื้อให้คนอื่นๆ ในชุมชนได้นานขึ้น 2) ด้านครอบครัว เช่น ไม่ไปคัดกรอง คิดว่าร่างกายแข็งแรงไม่ติดเชื้อง่ายๆ ขาดงานไม่ได้ เด็ก แรกเกิด-5 ปี ติดเชื้อ ไม่มีความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง 3) ด้านบุคลากร ระบบบริการระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่มีการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการสื่อสารที่ดี 4) ด้านชุมชน ยังไม่เห็นความสำคัญของโรค ยังขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมของ ผู้นำชุมชน และ อบต./เทศบาล ในการดูแลผู้ป่วยยังมีน้อย 5) ด้านนโยบาย ไม่มีแผนค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ระบบการเฝ้าระวังแบบเดิมที่ปฏิบัติอยู่ยังไม่ได้ผลพอ

จากข้อมูลดังกล่าว จะเป็นปัญหารุนแรง ที่เป็นสาเหตุทำให้โอกาสเกิดการติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่ในชุมชนสูงมากขึ้นอีกทั้งยังไม่เคยมีงานวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้วิจัยเพื่อพัฒนาหารูปแบบในการเฝ้าระวัง โรควัณโรคปอดในชุมชนอย่างเป็นระบบขึ้น โดยการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่ด้วยความรวดเร็ว เพื่อส่งต่อและขึ้นทะเบียนรับ การรักษาทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้การ ป้องกันและควบคุมโรควัณโรคปอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) [4]

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 24 คน ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง จำนวน 8 คน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง 16 คน

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 เครือข่ายสุขภาพ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรังจำนวน 10 คน (2) ผู้นำชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง จำนวน 10 คน (3) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน (4) ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ภายในตำบลสาวะถี อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 2 คน (5) ผู้รับผิดชอบงาน วัณโรคปอด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 1 คน (6) สมาชิกสภาเทศบาล เขต 2 ตำบลสาวะถี 2 คน (7) ตัวแทน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 2 กลุ่ม แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด และเครือข่ายสุขภาพ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด คำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด และเครือข่ายสุขภาพ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ 5 4 3 2 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว โดยใช้ทฤษฎีการแบ่ง ระดับของเบส[6] แบ่งเป็น 3 ระดับพฤติกรรมระดับดี พฤติกรรมพอใช้ พฤติกรรมไม่ดี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด และเครือข่ายสุขภาพ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนรัง จำนวน 15 ข้อ กำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ[5] คือ 5 4 3 2 และ 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ โดยใช้ทฤษฎีการแบ่ง ระดับของเบส[6] แต่ละตัวแปรแบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง มีส่วนร่วมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ทำการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านงานเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันวัณโรค จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทั้ง 4 ตอน หลังจากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability)โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมากกว่า 0.70 โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวะถี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน จำนวนกลุ่มละ 30 คน ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน[4] ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (plan)

1) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและป้องกันผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง 2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากำหนดแผนปฏิบัติการแนวทางในการ เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วย วัณโรคในชุมชน 3) กำหนดแผนการในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนแบบมี ส่วนร่วมทุกภาคส่วน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน (Act)

ดำเนินการตามแผน แนวทางแนวทางในการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วย วัณโรคในชุมชนดังนี้ 1) social capacity อบรมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร 2) Survey สำรวจจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มหลัก 3) Screening คัดกรองเชิงรุกที่บ้านโดย อสม. 4) Searching ค้นหากลุ่มผู้ป่วยตามแบบคัดกรองโรควัณโรค5)Summary วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 3ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Observation)

1.ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน และทุกภาคส่วน ในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา

2.ประเมินความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วย TB กับผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในการเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุกในชุมชน

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Reflection) สะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ พร้อมทั้งวิเคราะห์สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานและการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในรอบ ต่อไป เพื่อกำหนดแนวทาง และรูปแบบการเฝ้าระวังในชุมชนร่วมกัน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือ เอกสาร แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการเฝ้าระวังโรควัณโรคปอด ทักษะการเฝ้าระวังโรคและความพึงพอใจและบุคคลรายละเอียดของวิธีการเก็บดังนี้ 1) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอด ในฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการเฝ้าพฤติกรรม และการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังวัณโรคปอด

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการบันทึก (Record) เพื่อใช้ประกอบการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample T-test แล้วนำเสนอข้อมูล ที่ได้วิเคราะห์แล้ว ออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตารางข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังวัณโรคปอดในชุมชนที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ รพ.สต.บ้านโนนรัง ด้วยการใช้ SWOT analysis มาช่วยวิเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในชุมชน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อนุมัติในด้านจริยธรรมให้ทำการศึกษา เลขที่การรับรองจริยธรรม 316-179/2567 รับรองวันที่ 23 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากรของกลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า พบว่ามีเพศหญิงและเพศชายสัดส่วนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 71 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้ 1,001 – 5,000 บาทต่อเดือน กว่า ร้อยละ 66.7 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด สมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ถึง ร้อยละ 62.5 และมีเพื่อนบ้านเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 37.5

2. การวิเคราะห์ t-test สำหรับกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยวัณโรค จับคู่เปิดเผยการปรับปรุงคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ด้านความรู้ที่สำคัญทางสถิติหลังการแทรกแซงแสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 23.21 คะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวแสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 4.18 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ หลังการแทรกแซง แสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 4.23 โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% แสดงถึงการปรับปรุงที่มีความหมาย การทดสอบค่า p น้อยกว่า 0.05 ให้หลักฐานที่แข็งแกร่งต่อสมมติฐานว่างของไม่มีความแตกต่าง ดังนั้น ผลลัพธ์จึงชี้ว่าการแทรกแซงมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วม ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรม ของกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังแสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที (t) ชั้นความเป็นอิสระ(df) ความแตกต่างช่วงความเชื่อมั่น 95%CI (n= 24)

ด้าน	n	$\bar{x}$	SD.	Mean diff. of $\bar{d}$	SD. (both)	95%CI	t	df	P value
ความรู้									
หลังพัฒนา	24	23.21	1.38	3.67	4.02	1.969-5.363	4.471	23	<.001
ก่อนพัฒนา	24	19.54	4.45						
พฤติกรรม									
หลังพัฒนา	24	4.18	0.27	0.92	0.53	0.695-1.146	8.460	23	<.001
ก่อนพัฒนา	24	3.26	0.57						
ความพึงพอใจ									
หลังพัฒนา	28	4.45	0.44	0.18	0.25	0.079-0.277	4.14	27	<0.001
ก่อนพัฒนา	28	4.28	0.47						

3.ผลการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มที่ 2 เครือข่ายสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรส อายุเฉลี่ย 54 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา / ปวส. การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้ 1,001 – 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ฐานนิยม 6,500 บาทต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 28.6 มี สมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 3.6 และมีเพื่อนบ้านเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาของเครือข่ายสุขภาพ ร้อยละ 21.4

4.การวิเคราะห์ t-test กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง จับคู่เปิดเผยการปรับปรุงคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 28 คน ด้านความรู้ที่สำคัญทางสถิติหลังการแทรกแซง แสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 24.00 คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวแสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 3.81 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ หลังการแทรกแซง แสดงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย 4.45 โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% แสดงถึงการปรับปรุงที่มีความหมาย การทดสอบค่า p น้อยกว่า 0.05 ให้หลักฐานที่แข็งแกร่งต่อสมมติฐานว่างของไม่มีความแตกต่าง ดังนั้น ผลลัพธ์จึงชี้ว่าการแทรกแซงมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วม ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านของเครือข่ายสุขภาพ ก่อน และหลังดำเนินการ แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าที (t) ชั้นความเป็นอิสระ(df) ความแตกต่างช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

ด้าน	n	$\bar{x}$	SD.	Mean diff. of $\bar{d}$	SD. (both)	95%CI	t	df	P value
ความรู้เรื่องวัณโรค									
หลังพัฒนา	28	24.00	1.19	1.71	1.05	1.307-2.121	8.65	27	<.001
ก่อนพัฒนา	28	22.28	1.36						
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว									
หลังพัฒนา	28	3.81	0.67	0.36	0.46	0.180-0.534	4.14	27	<.001
ก่อนพัฒนา	28	3.45	0.97						
ความพึงพอใจต่อกิจกรรม									
หลังพัฒนา	28	4.45	0.44	0.18	0.25	0.079-0.277	4.14	27	<0.001
ก่อนพัฒนา	28	4.28	0.47						

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. **การมีส่วนร่วมของชุมชน:** การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลโครงการอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบ

2. **การเพิ่มพูนความรู้:** การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและการเฝ้าระวัง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

3. **การสร้างความตระหนักรู้:** การสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังวัณโรคในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. **การพัฒนาระบบการทำงานร่วมกัน:** การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. **การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง:** การประเมินผลเป็นระยะ ทำให้สามารถปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้นและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้

เมื่อเปรียบเทียบระบบเดิมที่เน้นการตั้งรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการพัฒนาที่เน้นการค้นหาเชิงรุก(4S Model)ในชุมชนทำให้เกิด Nonrung Model ที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นและ เป้าหมายผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำลดลง เพิ่มพูนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมีข้อแตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการเฝ้าระวังแบบเดิมและแบบใหม่

ระบบเดิม	ระบบใหม่
-ไม่มีการจัดทำแผนงานโครงการในการเฝ้าระวังวัณโรคปอดในชุมชนเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี	-จัดทำแผนงานโครงการการเฝ้าระวัง วัณโรคปอดในชุมชนแบบมีส่วนร่วม
-แบบเชิงรับ ผู้ป่วยมารับการรับบริการเมื่อมีอาการแล้ว -ยังไม่มีรูปแบบบริการที่ชัดเจน	-แบบเชิงรุก ลงค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง -มีการจัดบริการตามระบบที่ชัดเจน -มีระบบรายงานระหว่างเจ้าหน้าที่และเครือข่ายสุขภาพ -มีระบบการติดตามการนัดหมายสำหรับผู้ป่วยที่กำลังรักษา -มีระบบการส่งต่อที่สะดวก และเป็นระบบ
-เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังเฉพาะใน รพ.สต.เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของวัณโรคปอดแล้วจึงส่งต่อเพื่อวินิจฉัย	-เจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุกค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับ เครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังวัณโรคปอดในชุมชน -มีการแจ้ง/รายงานข้อมูลผ่านApplication LINE -ดำเนินการเฝ้าระวังวัณโรคปอดในชุมชน -มีป้ายประชาสัมพันธ์อาการที่ต้องเฝ้าระวังวัณโรคปอด -การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวเรื่องวัณโรคปอด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง -มีการคัดกรองตามแบบคัดกรองผู้ที่มีอาการของวัณโรค ปอด โดยเครือข่ายสุขภาพและรายงานเจ้าหน้าที่เพื่อประเมิน และส่งต่อตามระบบเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
-การให้ความรู้ เรื่องวัณโรคปอด -มีการให้ความรู้เฉพาะ อสม. ปีละ 1 ครั้ง	-เพิ่มศักยภาพ เครือข่ายสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ป่วยวัณโรคปอด -การให้ความรู้สาธิต และการฝึกปฏิบัติ -การให้ความรู้ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด -การให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้สัมผัสใกล้ชิด -การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอด

สรุปและอภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมโดยใช้ระบบ 4S Model ได้แก่ การสำรวจ (Survey) ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม และผู้ที่มีอาการของวัณโรคปอด โดยเครือข่ายในชุมชน การคัดกรองแบบเชิงรุก (Screening) ที่ปรับจากระบบการคัดกรองเดิมที่เน้นการตั้งรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ค้นหา (Searching) การค้นแบบละเอียด ทำซ้ำแล้วซ้ำอีกอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ มีการแจ้ง/รายงานข้อมูลผ่าน Application LINE การวิเคราะห์ข้อมูล (Summary) คือ การใช้ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อทวนสอบผลงานและระบบตลอดเวลา สามารถค้นหาครอบคลุม ถ้วนทั่ว คัดกรองเชิงรุก ด้วยระบบข้อมูลข่าวสารแบบสองทางโดยเครือข่ายชุมชนซึ่งระบบเดิมจะพบคนไข้ก็ต่อเมื่อแสดงอาการและมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรังแต่การเฝ้าระวังวัณโรคปอดแบบ Nonrung Modelสามารถค้นหาและคัดกรองได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม มีประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยการใช้ระบบ Nonrung Model นี้สามารถค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด เพิ่มขึ้นถึง 2 ราย และไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ได้เพิ่มพูนความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจหลังการพัฒนาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ พิชิต แสนเสนา[9] ศึกษา ใช้ 4S Model ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น สิริหญิง ทิพศรีราช และคณะ[10] ได้พัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เหมาะสมกับ พื้นที่เขตเมือง การพัฒนารูปแบบฯ การนำ Application TBSS ค้นหา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเชิงรุกด้วยการคัดกรองตนเองฯ ผู้เข้ารับการประเมินด้วย Application TBSS ผู้มีความเสี่ยงเข้ารับการตรวจรักษาใน สถานพยาบาล มนตรีหนองคาย[11] จากผลการศึกษาซึ่งมีแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันวัณโรคจังหวัดชัยนาท มีการนำแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ของกองวัณโรค มาใช้โดยมีประยุกต์ให้เป็นรูปแบบออนไลน์ ได้พัฒนารูปแบบการค้นผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตเมือง โดยการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองตามแบบคัดกรองของกรมควบคุมโรค การเน้นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1.เมื่อคัดกรองพบว่ามีอาการสงสัยวัณโรค แล้วประชาชนยังไม่พร้อมมารับการตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือไม่พร้อมส่งเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อ 2 ครั้ง ดังนั้นหากมีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่จะช่วยให้การดำเนินงานสะดวก รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น

2. การเฝ้าระวัง วัณโรคปอดในชุมชน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรังเป็นเขตชนบท ต้องใช้ระยะเวลาที่ต่อเนื่อง ทำงานเชิงรุกติดต่อกันซึ่งต้องอาศัย ความร่วมมือของ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน

สรุป การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การเฝ้าระวังวัณโรคปอด โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญในการทำให้วัณโรคปอดลดน้อยลงในชุมชน การเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในชุมชน จะช่วยให้สามารถค้นหาคัดกรอง กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดในชุมชนได้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เร็ว และทันเวลา ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้นำแนวทางที่ได้นี้ไปใช้ในการ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในพื้นที่ บริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พัฒนาคู่มือ รวบรวมบทเรียนและแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังวัณโรคปอด

2. ปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่อง ให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพโดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

3. ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการรณรงค์ วันวัณโรคสากล ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. กรมควบคุมโรค. รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงาน กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ *2566* องค์ประกอบที่ 2: Agenda Base. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. เขตสุขภาพที่ 7. การแก้ไขปัญหาวัณโรค เขตสุขภาพที่ *7* ประเด็นที่ Area based : วัณโรค. ขอนแก่น: เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Kemmis, S. & McTaggart, R.The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
5. นิรุวรรณ เทิร์นโบล์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านสาธารณสุขและการเขียนรายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561
6. Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A field Experiment. Journal of Health and Social Behavior. 1977; 18(4): 348-366.
7. สุทธิดา อิสระ และอรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563; 40(2): 148-162.

8. วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ. ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ *7* ขอนแก่น. 2561; 25(1): 79-90.
9. พิชิต แสนเสนา. (2023). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566; *4*(2): 291-304.
10. สิริหญิง ทิพศรีราช, ทรงยศ คำชัย, กชมน ชำหา และภัสรา ชาลิชส์. (2665). การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตเมือง โดยการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2565; 20(2): 83-96.
11. มนตรี หนองคาย. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. *2566;* 9(2): 28-35.
12. ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, สิริพรรณ ธีระกาญจน์ และวิโรจน์ วรรณภีระ. การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยอาศัย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนเมืองในคลินิกหมอครอบครัว. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37(3): 336-346.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

Development a model of antibiotic promoting Reasonable use with with multidisciplinary team in Yangsisurat Hospital, Mahasarakham province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

จารุวรรณ เหลาสนิท[1]อัจฉรา มีดวง[1]จิราวรรณ โยธะมาตย์[1]
Charuwan Laosanit[1] Atchara meeduang[1] Jirawan Yotamat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลยางสีสุราช วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค โดยดึงข้อมูลจากการใช้ยาของผู้ป่วยจากโปรแกรม RDU 2016 สัมภาษณ์เกี่ยวกับความตระหนักในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของทีมสหวิชาชีพโดยใช้แบบสอบถาม ร่วมกับคณะกรรมการ PTC วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาปัญหาและพัฒนางาน ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา และสถิติเชิงอนุมาณ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะได้ทั้ง 3 กลุ่มโรค ประกอบด้วย 1) มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC 2) พัฒนาฉลากยามาตรฐาน 3) จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์และสื่อให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ 4) จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และจัดทำ pop up alert ในโปรแกรม HosXP 5) ทำคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ 6) ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล สำหรับผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนางาน พบว่าอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากร้อยละ 27.23 เหลือร้อยละ 18.92 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากร้อยละ 21.82 เหลือร้อยละ 14.02 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 40) จากร้อยละ 58.87 เหลือร้อยละ 39.19

คำสำคัญ: Antibiotic ,Rational drug use , RDU hospital

Abstract

This Action Research aims to development a model of Antibiotic Promoting Reasonable use and reduce the use of antibiotics with upper respiratory tract infection (URI), acute diarrhea (AD), fresh traumatic wound (FTW) in outpatients at Yangsisurat Hospital. The model analyzed the situation of antibiotic use problems in 3 groups of diseases by extracting data from patients drug use from the RDU 2016 program, interviewing the multidisciplinary team about the awareness of antibiotic prescribing using a questionnaire and collaborating with the PTC committee to analyze the situation to find problems and develop work. The development activities were designed according to the PLEASE principle. Data analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the effective model of Antibiotic Promoting Reasonable use can reduce the use of antibiotics in 3 groups of diseases 1. Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening 2. Developing standard drug labels 3. Make CPG for the medical profession and population 4. Provide training on the rational use of medicines to medical personnel, set individual indicators for doctors and pop-up alerts in the HosXP program 5. Make CPG for special population 6. Announced as hospital policy. The comparative analysis of antibiotic prescription URI, AD and FTW the results before and after the research , the percentage of antibiotic prescription 3 disease groups

[1] ภ.บ. (เภสัชศาสตรบัณฑิต) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

to decrease: the percentage of antibiotic use in URI (criteria ≤ 20%) were 58.87% and 39.19% respectively , For AD (criteria ≤ 20%) the percentage were 21.82% and 14.02% respectively , In FTW (criteria ≤ 40%), the percentages were 58.87% and 39.19% respectively.

Keywords: Antibiotic ,Rational drug use , RDU hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลกนิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)” ว่า คือ“การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” ทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อผลข้างเคียงและอันตรายจากยารวมถึงเกิดการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ[1]

สำหรับประเทศไทย ในปี 2557 พบว่า มูลค่าการบริโภคยาของคนไทยสูงถึง 1.6 แสนล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นการใช้ยาเกินจำเป็นถึง 2 พันล้านบาท และเป็นการใช้ยาที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพอีก 4 พันล้านบาท เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียโดยรวม 4.2 หมื่นล้านบาท ในประเทศไทยพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน[2] ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา

ในปี พ.ศ. 2553 อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้กรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ระบุว่า “การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและควร ได้รับการยกสถานะเป็นวาระแห่งชาติ” ซึ่งในเวลาต่อมานโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ได้บรรจุให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทาง การแพทย์ และประชาชน ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้อง และคุ้มค่า และได้กำหนดยุทธศาสตร์ย่อยไว้ 7 ประการ ซึ่งยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 ได้กล่าวถึง การพัฒนากลไกและเครื่องมือเพื่อให้เกิดการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นที่มาของการพัฒนาโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital เรียกย่อว่า โครงการ RDU hospital) โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานยึดแนวทางขององค์การอนามัย[3]

ในโครงการฯ ดังกล่าว RDU hospital หมายถึง สถานพยาบาลที่มีนโยบายใน 6 ด้านซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล ประกอบด้วย 1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (pharmacy and therapeutics committee หรือ PTC) 2. การจัดทำฉลากยา มาตรฐาน (labels) ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 3. การจัดทาหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็น (essential tools) ที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. การสร้างความตระหนักรู้ (awareness) ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (special groups) และ 6. การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (ethics) เมื่อนำอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของกุญแจทั้ง 6 ประการข้างต้นมารวมกัน จะได้เป็นคำย่อว่า PLEASE[3,4]

ประเทศไทยเริ่มดำเนินโครงการ RDU hospital ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ต่อมากระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการใช้ยาสมเหตุผลเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ 15 ในปีงบประมาณ 2560 โดยเน้นการพัฒนาระบบและสร้างความตระหนักรู้แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาให้เห็นความสำคัญและทราบการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สำหรับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินความจำเป็น เป็นหนึ่งในหัวข้อสำคัญของโครงการ RDU Hospital และถือเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยที่ต้องทำการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะใน 3 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุ เป็นกลุ่มโรคสำคัญที่มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลเป็นจำนวนมาก จากการทบทวนการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยางสีสุราชในปี 2561 พบว่าร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 3 กลุ่มโรค คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ร้อยละ 44.05 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 43.22 และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุร้อยละ 62.94 ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการทบทวน พบว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค สูงเกินกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากผลดังกล่าวอาจจะนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคตได้ ในปี 2562 จึงได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล โดยมุ่งเน้นลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุ แต่การทำโครงการยังไม่มีรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรยังมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล ดังนั้นการศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลยางสีสุราช
2. ลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลจากโปรแกรม RDU 2016 ของโรงพยาบาลในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 มีนาคม 2564 ดำเนินการ 3 วงรอบ วงรอบที่ 1 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563 วงรอบที่ 2 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 – 30 กันยายน 2563 และวงรอบที่ 3 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบกิจกรรม แบบสอบถามความตระหนักรู้จากคู่มือของโครงการ RDU hospital ประกอบด้วย ความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 24 ข้อ คำถาม สำหรับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์ 13 คำถาม คำถามสำหรับทั้ง 2 กลุ่มสอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การให้ความสำคัญกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การรายงานผลการใช้ยา การติดตามวิชาการความรู้ด้านยา ในส่วนของแพทย์และทันตแพทย์จะเพิ่มคำถามในเรื่องการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะและหลักการในการเลือกใช้ยา แบบวัดเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) [3,5]

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช ข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม RDU 2016 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนการวิจัย มีการดำเนินการ ดังนี้

แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 วงรอบการศึกษา แต่ละวงรอบการศึกษาดูผลการดำเนินงาน 6 เดือน เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ (1 กันยายน 2561- 30 กันยายน 2562) และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตัวชี้วัดโครงการ RDU

hospital กำหนดไว้ สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานมีดังต่อไปนี้

วงรอบการวิจัยที่ 1 (1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563

1. รวบรวมข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคของโรงพยาบาลยางสีสุราช คือ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลันและแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุโดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลยางสีสุราช ผ่านโปรแกรม RDU 2016 เพื่อนำไปวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาปัจจุบัน

2. เก็บข้อมูลความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใช้แบบสอบถามที่อยู่ในคู่มือของโครงการ RDU hospital คำถามที่ใช้วัดความตระหนักฯ ในแพทย์และทันตแพทย์มี จำนวน 24 ข้อคำถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขมี 13 คำถาม เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา

3 . นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาปัญหา

4. ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE

4 .1 . Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

4 .2 . Labeling and Leaflet for Patient Information ฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน

4.3. Essential RDU Tools การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4.4. Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4.5. Special Population Care การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (special groups)

4.6. Ethics in Prescription การสร้างเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

ตารางที่ 1 รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE ในวงรอบการศึกษาที่ 1

หลัก PLEASE	รูปแบบกิจกรรม
P	การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC
L	พัฒนาฉลากยามาตรฐาน
E	จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์ แผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนผู้มารับบริการ
A	จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์
S	ทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
E	ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล

5. ทำการประเมินผลการดำเนินงาน 3 ตัวชี้วัดเมื่อครบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563) เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตัวชี้วัดโครงการ RDU hospital กำหนดไว้ คือ

5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20

5.3 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40

วงรอบการวิจัยที่ 2 (1 เมษายน 2563 – 30 กันยายน 2563)

1. คืนข้อมูลผลการดำเนินงานในวงรอบการวิจัยที่ 1 แก่คณะกรรมการ PTC เพื่อทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและหาสาเหตุและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานในวงรอบการศึกษาที่ 2

2. ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE เพิ่มเติม

ตารางที่ 2 รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE ในวงรอบการวิจัยที่ 2

หลัก PLEASE	รูปแบบกิจกรรม
P	การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC
L	พัฒนาฉลากยามาตรฐาน
E	จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์ แผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนผู้มารับบริการ
A	จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และพยาบาล
S	ทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
E	ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล

3. ทำการประเมินผลการดำเนินงาน 3 ตัวชี้วัด เมื่อครบ 6 เดือน (1 มีนาคม 2563 – 30 กันยายน 2563) เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตัวชี้วัดโครงการ RDU hospital

วงรอบการวิจัยที่ 3 (1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564)

1. คืนข้อมูลผลการดำเนินงานในวงรอบการศึกษาที่ 2 แก่คณะกรรมการ PTC เพื่อทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและหาสาเหตุและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานในวงรอบการศึกษาที่ 3

2. ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE เพิ่มเติม

3. ทำการประเมินผลการดำเนินงาน 3 ตัวชี้วัด เมื่อครบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564) เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตัวชี้วัดโครงการ RDU hospital

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาตามหลัก PLEASE ในวงรอบการศึกษาที่ 3

หลัก PLEASE	รูปแบบกิจกรรม
P	การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC
L	พัฒนาฉลากยามาตรฐาน
E	จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์ แผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนผู้มารับบริการ
A	จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และพยาบาล จัดทำ pop up alert ในโปรแกรม HosXP
S	ทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
E	ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละในการวัดผลการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มโรค เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการและเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัดที่โครงการRDU hospital กำหนดไว้ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวนร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(content Analysis)

2. สถิติเชิงอนุมาณ ใช้ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักฯ ก่อนและหลังการดำเนินโครงการของบุคลากรทางการแพทย์

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช EC10/2562 วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัยและดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

ผลการศึกษา (Results)

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลยางสีสุราชใช้การดำเนินงานตามหลักกุญแจ PLEASE ของโครงการ RDU Hospital เป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบกิจกรรม โดยทำการวิเคราะห์ในผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลันและแผลเลือดออกจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – เดือนมีนาคม 2564 เป็นระยะเวลา 18 เดือน

ข้อมูลทั่วไปบุคลากรในโรงพยาบาล

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลยางสีสุราชที่ทำการวิเคราะห์ความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 55 คน จำนวนเพศชาย 12 คน (ร้อยละ 21.82) เพศหญิงจำนวน 43 คน(ร้อยละ 78.18) อายุเฉลี่ย 34.15 ปี อาชีพพยาบาลมีจำนวนมากสุดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 63.64 บุคลากรที่อายุงานน้อยสุด 4 เดือนและมากที่สุด35 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 80

ตารางที่ 4 ความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=7)

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย ±SD[1]		P
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	
1. ท่านเข้าใจคำว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (ตามนิยามของ WHO และ/หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ)	3.00±0	3.86±0.38	0.001
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาสมเหตุผลต่อประชาชน สังคม หน่วยงาน	2.86±0.38	3.43±0.79	0.03
3. ท่านทราบถึงนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล	3.00±0	3.57±0.53	0.03
4. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล	3.57±0.53	4.57±0.53	0.018
5. ท่านตั้งใจที่จะช่วยผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ	3.57±0.53	4.43±0.53	0.045
6. ท่านทราบว่าจะมีส่วนช่วยให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จได้อย่างไร	3.86±0.38	4.43±0.53	0.03
7. ท่านเห็นว่าแพทย์ควรสนใจเป็นพิเศษในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคม	3.29±0.49	4.29±0.76	0.018
8. ท่านเห็นว่าการเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made ในบัญชียาหลักอยู่แล้วสำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ	3.00±0	3.71±0.76	0.047
9. ท่านเห็นว่าการส่งเสริมการขายของบริษัทยาไม่มีผลต่อแนวทางการใช้ยาในโรงพยาบาลของท่าน	3.00±0	3.71±0.76	0.047
10. ท่านเลือกใช้ยาตามข้อบ่งชี้ใน			
10.1 Standard guideline หรือ ข้อแนะนำเวชปฏิบัติของสมาคมวิชาชีพในประเทศ	3.43±0.53	4.14±0.38	0.047
10.2 คำแนะนำของคู่มือการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	3.43±0.53	4.14±0.90	0.047
11. ในการสั่งยาแต่ละรายการท่านคำนึงถึง			
11.1 ประสิทธิผลของยาซึ่งสนับสนุนโดยฐานข้อมูลและหลักฐานที่เชื่อถือ ได้	3.29±0.49	4.29±0.76	0.038
11.2 การใช้ยาที่ถูกต้องทั้งขนาดวิธีบริหาร ความถี่และระยะเวลาในการให้ยา	3.00±0	3.57±0.53	0.03
11.3 ความสะดวกในการใช้ยาของผู้ป่วย	3.00±0	3.05±0.53	0.03
11.4 ความเสี่ยงที่อาจเกิดทั้งข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังและ อันตรกิริยาของยา	3.14±0.38	3.86±0.38	0.008
11.5 ข้อควรระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุเด็ก หญิงมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไต	3.14±0.38	4.14±0.90	0.038
12. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเมื่อมีการสั่งยาชนิดใหม่	3.71±0.49	4.58±0.53	0.017

ตารางที่ 4 ความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=7)

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย ±SD[1]		P
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	
13. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบทุกครั้งที่พบ	3.57±0.53	4.57±0.53	0.038
14. ท่านคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีสิทธิการรักษา 14.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	3.57±0.53	4.43±0.53	0.017
14.2 ระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพเอกชน	3.71±0.49	4.43±0.53	0.047
14.3 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	3.43±0.53	4.71±0.49	0.012
14.4 จ่ายเงินเอง	3.71±0.49	4.57±0.53	0.045
15. ท่านสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยทุกคนในทุกสิทธิการรักษายกเว้นในบางกรณีที่จำเป็น	3.71±0.49	4.57±0.53	0.017
16. ท่านศึกษาข้อมูลด้านยาเป็นประจำเพื่อนำมาปรับปรุงการสั่งใช้ยา	2.86±0.38	4.29±0.49	0.003
คะแนนรวมของความตระหนักรู้[2]	79.86±3.90	99.86±3.02	<0.001

1: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) ก่อนดำเนินโครงการฯ คือ 1 ตุลาคม 62 - 30 กันยายน 62 ส่วนหลังดำเนินโครงการฯ คือ 1 ตุลาคม 62 – 31 มีนาคม 64

2: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 24-120

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความตระหนักรู้ฯ ของ แพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=7) หลังดำเนินโครงการฯ ความตระหนักรู้ฯ ของ แพทย์และทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 79.86±3.90เป็น 99.86±3.02 (P<0.001) เมื่อพิจารณา คำถามเป็นรายข้อพบว่าหลังดำเนินโครงการฯ แพทย์ และทันตแพทย์มีความตระหนักรู้รายข้อ (24 ข้อ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ

ตารางที่ 5 ความตระหนักรู้ของบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์/ทันตแพทย์ (n=48)

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย ±SD[1]		P
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	
1. ท่านเข้าใจคำว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (ตามนิยามของ WHO และ/หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ)	3.21±0.41	3.81±0.45	<0.001
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาสมเหตุผลต่อประชาชน สังคม หน่วยงาน	3.17±0.48	3.48±0.74	0.003
3. ท่านทราบถึงนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล	3.23±0.42	3.46±0.50	0.02
4. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล	4.23±0.42	4.42±0.50	0.048
5. ท่านตั้งใจที่จะช่วยผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ	4.00±0	4.42±0.50	<0.001
6. ท่านทราบว่าจะมีส่วนช่วยให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จได้อย่างไร	4.00±0	4.88±0.50	<0.001
7. ท่านเห็นว่าการเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made ในบัญชียาหลักอยู่แล้วสำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ	3.90±0.31	4.38±0.79	<0.001
8. ท่านเห็นว่าการส่งเสริมการขายของบริษัทยาไม่มีผลต่อแนวทางการใช้ยาในโรงพยาบาลของท่าน	3.23±0.42	3.50±0.55	0.011
9. ท่านมีส่วนในการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้สั่งใช้ยาให้เกิดการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส	3.23±0.42	3.50±0.55	0.011

ตารางที่ 5 ความตระหนักรู้ของบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์/ทันตแพทย์ (n=48)

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย ±SD[1]		P
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	
10. ท่านมีส่วนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบเมื่อมีโอกาส	3.75±0.44	4.19±0.39	<0.001
11. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบ ทุกครั้ง	3.56±0.50	3.90±0.31	0.014
12. ท่านเห็นด้วยกับการสั่งใช้ยาหลักแห่งชาติกับทุกคน ยกเว้นในกรณีที่จำเป็น	3.90±0.31	4.25±0.73	0.002
13. ท่านศึกษาข้อมูลด้านยาเป็นประจำ	3.23±0.42	3.65±0.48	<0.001
คะแนนรวมของความตระหนักรู้[2]	46.63±2.57	51.52±2.28	<0.001

1: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) ก่อนดำเนินโครงการฯ คือ 1 ตุลาคม 62 - 30 กันยายน 62 ส่วนหลังดำเนินโครงการฯ คือ 1 ตุลาคม 62 – 31 มีนาคม 64

2: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 13-65

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนความตระหนักรู้ฯ ของ บุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=48) หลังดำเนินโครงการฯ ความตระหนักรู้ฯ ของ บุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 46.63±2.57 เป็น 51.52±2.28 (P<0.001) เมื่อพิจารณาคำถามเป็นรายข้อพบว่าหลังดำเนินโครงการฯ บุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์ความตระหนักรู้รายข้อ (13 ข้อ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ

6. รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลัก PLEASE หลังพัฒนาครบ 3 วงรอบการศึกษา โดยในวงรอบที่ 2 มีได้เพิ่มกิจกรรมกำหนดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และพยาบาลและในวงรอบการศึกษาที่ 3 เพิ่มเติมกิจกรรมจัดทำ pop up alert แจ้งเตือนการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผลในโปรแกรม HosXP เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 6 รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหลังพัฒนาครบ 3 วงรอบ

หลัก PLEASE	รูปแบบกิจกรรม
P	การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC
L	พัฒนาฉลากยามาตรฐาน
E	จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์ แผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนผู้มารับบริการ
A	จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และพยาบาล[1] จัดทำ pop up alert ในโปรแกรม HosXP[2]
S	ทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
E	ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล

1: กิจกรรมปฏิบัติเพิ่มเติมในวงรอบ 2

2: กิจกรรมปฏิบัติเพิ่มเติมในวงรอบ 3

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ผลลัพธ์การดำเนินโครงการของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการครบ 3 วงรอบ

ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ		
			วงรอบ 1	วงรอบ 2	วงรอบ 3
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20	27.23	19.83	19.18	18.92
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20	21.82	14.60	14.17	14.02

ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอก	≤40	58.87	50.96	40.37	39.19

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังทำกิจกรรมโครงการครบทั้ง 3 วงรอบ พบว่าร้อยละของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคมีแนวโน้มลดลงและสามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ RDU Hospital กำหนดไว้ คือ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากก่อนเข้าร่วมโครงการมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 27.23 ลดลงเหลือร้อยละ 18.92 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากร้อยละ 21.82 ลดลงเหลือร้อยละ 14.02 และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 40) จากร้อยละ 58.87 ลดลงเหลือร้อยละ 39.19

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลยางสีสุราช ตามหลัก PLEASE ครบทั้ง 3 วงรอบการศึกษา พบว่ารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมที่ช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลยางสีสุราชได้แก่ 1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ PTC 2) พัฒนาฉลากยามาตรฐาน 3) จัดทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์ 4) แผ่นพับบอร์ดให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนผู้มารับบริการ 5) จัดอบรมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากรทางการแพทย์ 6) กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของแพทย์และพยาบาล 7) จัดทำ pop up alert ในโปรแกรม HosXP 8) ทำคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษและ 9) ประกาศเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล กิจกรรมที่ได้จัดทำทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความตระหนักในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น[5]

หลังดำเนินโครงการตามรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนา พบว่าแพทย์และทันตแพทย์มีความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=7) จาก 79.86±3.90 เป็น 99.86±3.02 (P<0.001) และบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์มีความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(n=48) เช่นเดียวกัน จาก 46.63±2.57 เป็น 51.52±2.28 (P<0.001) เมื่อพิจารณาคำถามเป็นรายข้อพบว่าหลังดำเนินโครงการฯ บุคลากรสุขภาพที่ทั้งหมดมีความตระหนักรู้รายข้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ จากผลดังกล่าว[4]

ผลลัพธ์หลังการพัฒนาโครงการ (1 ตุลาคม 2560 – 31 มีนาคม 2562) พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุลดลงเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ (1 ตุลาคม 2559- 30 กันยายน 2560) และผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ RDU hospital กำหนด โดยอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากก่อนเข้าร่วมโครงการมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 27.23 ลดลงเหลือร้อยละ 18.92 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 20) จากร้อยละ 21.82 ลดลงเหลือร้อยละ 14.02 และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 40) จากร้อยละ 58.87 ลดลงเหลือร้อยละ 39.19[6]

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components [online]. 2002 [cited July 13, 2019]. Available from: apps.who.int/ medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf.

2. Menanan S. The Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) [online] . 2013 [cited July 13, 2019]. Available from: www .ph.mahidol.ac.th /research/thai/ Training/Research Care&Talk/3-2556/Introduction%20to%20HITAP_ Apr%2 02513.pdf.
3. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล.(2558). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559).การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use). (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
5. สุมาลี ท่อชู, รุ่งทิวา หมื่นปา.(2560). ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารเภสัชกรรมไทย,9(2), 463-474.
6. พิสิทธิ์ คงศักดิ์ตระกูล, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล, และสุภนัย ประเสริฐสุข.(2562).ประสิทธิผลของนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา.วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน ,15(2), 106-112.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566

Developing a care system for schizophrenia patients in the community with the participation of families and network partners. Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Ki District, Buriram Province, Year 2023

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

ศิวาการ นามปัญญา[1]
Siwakan Nampanya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี 4 ขั้นตอนคือ 1.การวางแผน2.การปฏิบัติ3.การสังเกต4. การสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 30 เมษายน 2566 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ตำรวจ ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อสม.อบต.พระสงฆ์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ60 มีระยะเวลาผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 15-20 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา กลุ่มเครือข่ายในชุมชนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนร้อยละ 55.55 พบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีความชราและมีโรคประจำตัว ฐานะยากจน เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบ่อยครั้งขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยไม่ไปรักษาตามนัด ขาดยาและใช้สารเสพติดร่วมประจำคือ สุรา ยาบ้า น้ำกระท่อม หลังดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้มีระบบทีมชุมชนติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พระสงฆ์ช่วยดูแลด้านจิตใจ มาตรการชุมชนปลอดเหล้า

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท,ครอบครัว,ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Abstract

This study was action research aimed to develop a community care system for schizophrenia patients with family and network partners participating. In Khok Sawang Subdistrict, Nong Ki District, Buriram Province It was 4 steps.1. Planning 2. Execution 3. Observation 4. Reflection Conducted between 1 April 2022 - 30 April 2023. The group of information providers consists of Family caregivers, police, village security unit Subdistrict Administrative Organization Village Health Volunteers, Monks community developer Pubichealth officials, 41 people Data were collected using a questionnaire. In-depth interview Data were analyzed using statistics, percentages, and averages. For qualitative data from focus groups, content analysis was used.

The results of the study found that Most caregivers are female, 60%. The average duration of schizophrenia is 15-20 years. Relationship with the patient as parents. The network group in the community had no previous experience in caring for psychiatric patients, 55.55%. The issues found were (1) the caregivers were elderly and had congenital diseases, were in poverty, and were stressed from caring for a long period of time; Frequently being physically abused by patients who lack appropriate patient care skills (2) The patient does not go to treatment as scheduled. Missing medication and regularly using drugs such as alcohol and amphetamines After carrying out the activities, caregivers and network partners had a high score of 80% in patient care skills. The practical research

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง

process resulted in a community team system to follow up and help patients with schizophrenia and their families. Monks help take care of your mental health. Alcohol-free community measures

Keywords: schizophrenia patients, family, network partners are involved

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยพบประชากร 1 ใน 5ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพเป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม เศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาที่มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5.0 ต่อ1,000 คนต่อปี จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนสูงอย่างต่อเนื่องปี 2562 จาก 168,087ราย เป็น ราย 389,732 ราย และ 406,337 ราย ในปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ[1] และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภท คือผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างคุณค่าหรือความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย หนีออกจากความเป็นจริงมีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนพฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือนร้อนให้แก่ชุมชนได้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีดำเนินของโรคแบบเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ[2] ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดโดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นเพียงเมื่ออาการทุเลาลงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติอยู่ในบางด้านเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในหน้าที่ด้านต่างๆที่พบบ่อยในชุมชนได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และ ด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการพากลับมารักษาซ้ำ ขาดงานเพื่อมาดูแลทำให้ขาดรายได้ เบื่อหน่ายในการดูแลเนื่องจากป่วยมาเป็นเวลานาน[3] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลการมีกิจกรรมร่วมกันและการคอยสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการผู้ป่วยจิตเภทได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับเกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและลดผลกระทบต่อการเป็นผู้ป่วยจิตเภทได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้

ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพซึ่งมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของในโรงพยาบาลของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย ที่สำคัญคือจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ สามารถจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ดี[4]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่างมีประชากรที่รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 5436 ราย แบ่งเป็น 9 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 36 ราย จากการสำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ในครอบครัวชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 2 ราย ขาดการรักษา 2 ราย มีการเสพสารเสพติด 5 ราย มีการถืออาวุธในชุมชน 3 ราย ทำร้ายคนในครอบครัว 1 รายซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ญาติมีความคาดหวังกับผู้ป่วยว่าเมื่อได้รับการรักษาจะต้องหายเป็นปกติสามารถทำงานได้ ส่วนใหญ่ญาติไม่มีเวลาดูเรื่องรับประทานยาเนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดกระตุ้นต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ ขาดการรักษาตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องพร้อมหาแนวทางให้รับการบริการและแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วยให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้แบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[5] ดำเนินการระหว่างเดือน 1 มกราคม 2565 - 30 เมษายน 2566 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.การวางแผน (planning) มีการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน จากครอบครัวผู้ป่วย อสม. อบต. ทีมผู้นำและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นมีการสนทนากลุ่มและลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในขั้นตอนนี้ดำเนินการเพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาความต้องการ รวมทั้งการแต่งตั้งทีมดำเนินงานเพื่อติดต่อประสานงาน

2.การปฏิบัติ (acting) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง 1 วัน ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากระยะวางแผนและออกแบบกิจกรรมสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลักการเข้ากลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวจะเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา สถานที่ที่ไปรักษา เน้นวิธีดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ยา การจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

2.2 กลุ่มภาคีเครือข่าย เน้นการช่วยเหลือด้านสังคมการจัดการสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าผู้ป่วย ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลโดยหมุนเวียนเข้าเยี่ยมให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ติดตามเยี่ยมบ้านโดยประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขร่วมกับภาคีเครือข่ายและใช้กระบวนการพยาบาลศึกษาครอบครัว รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการให้ครอบครัวมีทักษะในการ

ดูแลที่เหมาะสม ภาคีเครือข่ายมีองค์ความรู้และทักษะร่วมกันดูแล ขั้นตอนนี้เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จของชุมชนในการดูแล การใช้ระบบปรึกษา ได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ ไลน์ หรือการประสานงานโดยตรง มีพยาบาลออกติดตามร่วมดูแลและประเมินผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีมได้จัดหาสนับสนุนแหล่งความรู้ เอกสารวิชาการเพื่อเสริมองค์ความรู้ให้กับทีมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.การสังเกต (observing) โดยสังเกตข้อค้นพบเพื่อนำสู่การปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

4.การประเมินผลสะท้อนกลับ (reflecing) โดยวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 5 คน ตำรวจ 2 คน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน10คน อสม.10 คน ผู้นำชุมชน 6 คน คน พระสงฆ์ 2 คน อบต.3คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 41 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดีและสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัยและไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1 . แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2 . แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา มี 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1 (ตอบถูก) และ (ตอบผิด) คะแนนรวม 15 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

-คะแนนระดับ 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

-คะแนนระดับ 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

-คะแนนระดับ 13-15 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3 . แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา ประกอบด้วย การประเมินและสังเกตอาการ การเตือน การบอกสิ่งที่เป็นจริง การกระทำกิจกรรมแทน การสอนการกำกับการถอยห่าง การต่อรองไกล่เกลี่ย การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การขอความช่วยเหลือและการป้องกันตนเองลักษณะการตอบ คือ ทำได้ (1 คะแนน) ทำไม่ได้ (0 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมากกว่าร้อยละ 70.00 ถือว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือผ่านการขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้

4 .แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว ภาคีในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมที่จะร่วมโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัยไม่มีกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัยและก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัยทีมผู้วิจัยจะมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่มีอคติกับตัวบุคคล

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 60ขึ้นไป จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 15-20 ปี

กลุ่มเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีจำนวนทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอายุช่วง 51-60 ร้อยละ 58.33 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.22 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 55.55

จากการศึกษาสถานการณ์และการติดตามเยี่ยมบ้านพบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดและเหนื่อย จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหนีจากชุมชน ทั้งยังมีการใช้สารเสพติดอันได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า น้ำกระท่อม (3) พบพฤติกรรมการทำร้ายคนในครอบครัวทะเลาะวิวาทกับผู้ดูแล ตลอดจนการเดินถืออาวุธในชุมชน เช่น เหล็ก มีด ไม้ขนาดใหญ่ จอบ เสียม ส่วนใหญ่พฤติกรรมจะเกิดหลังจากการดื่มสุราและการดื่มน้ำกระท่อม
ผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน เสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปเป็น 3 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 กิจกรรมคนบ้านเดียวกัน ประกอบด้วย1.กิจกรรมเพื่อนบ้านสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การสร้างพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมงานในชุมชน การอาศัยความคุ้นเคยทำงานร่วมกันมาก่อน และกิจกรรมรู้เขารู้เราผ่านลักษณะสัตว์ที่ชอบ เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจในสิ่งบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคลเรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจคนอื่นยอมรับในตัวตนของบุคคลและสอบถามความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน 2. บรรยายให้ทราบข้อมูลโรคและการรักษาตอบปัญหาข้อข้องใจ ในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชนนักพัฒนาชุมชน และ อบต. เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีทำงาน เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง ในกรณีนี้ทีมผู้วิจัยได้ประสานกับ นายก อบต. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปเป็นวิทยากรในพื้นที่เรื่องการเก็บสิ่งของเหลือใช้ในชุมชนไปรีไซเคิลและเก็บขวดเก็บพลาสติก การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ ปลูกผักผลไม้ปลอดสารพิษขายเพื่อสร้างรายได้ในแก่ตนเองและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความถนัด **3.**ให้กลุ่มสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัว และชุมชนและน้นย้ำเกี่ยวกับประเด็นปัยหาที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัวแต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย**4**.กิจกกรมความคาดหวังต่อผู้ป่วยจิตเภท ชุมชนได้รับความรู้ความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วย กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีสิ่งดีๆของบุคคลอื่นมาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก้ไขจุดบกพร่องยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วงจรที่ 2 กิจกรรมผูกพันจริงใจ มีกิจกรรมต่อเนื่อง ดังนี้ 1.ให้ทุกคนได้สำรวจปัญหา ตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่นพร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจซึ่งความรู้สึกที่แต่ละคนมีต่อตนเองเป็นการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ดังคำพูด “อยากให้ลูกปกติ อยู่กับสังคมได้ กลัวเขาตีทำร้ายลูกเวลาลูกไปด่าว่าเขา สงสารลูก”2.กลุ่มได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมคิดระบบการดูแลประสานช่วยเหลือในชุมชนนำหลักศาสนาตามมาช่วยเรื่องความเชื่อการทำดีได้ดีและอานิสงฆ์ของการช่วยเหลือผู้อื่นและคนในชุมชนเป็นบุญใหญ่

วงจรที่ 3 กิจกรรมห่วงใยดูแลกัน โดยการค้นหาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมวางแผน

และผลักดันเพื่อแสดงพฤติกรรมการดูแล เช่น (1) กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (2) กิจกรรมของเรา มอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนและช่องทางการติดต่อประสานงานเพื่อความสะดวกในการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มอบหมายหน้าที่โดยเน้นการมีส่วนร่วมพร้อมผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุความหวังดังคำพูดที่ว่า “การที่เราดูแลผู้ป่วยช่วยกันสุดท้ายแล้วคนในชุมชนเราและผู้ป่วยจะปลอดภัย ทุกคนจะมีความสุข”ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอีกทั้งยังสร้างเครือข่ายการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทการมีส่วนร่วม
ผู้ดูแลในครอบครัว	-ดูแลผู้ป่วย/จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาทั้งทางกายและใจ -ดูแลเรื่องการรับประทานยา/การพบแพทย์ตามนัด -ลดสิ่งกระตุ้นในครอบครัว พูดคุยให้กำลังใจ แสดงความรัก -ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน/รพ.สต.
ภาคีเครือข่ายในชุมชน	-สร้างทีมร่วมกับติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว -ให้ความรู้/เฝ้าระวัง/รายงาน อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา -ลดสิ่งกระตุ้นในชุมชน งานบุญปลอดเหล้า -ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจสม่ำเสมอ - พระสงฆ์ส่งเสริมการให้พรเทศน์อานิสงส์บุญจากการช่วยเหลือดูแลผู้อื่น - จิตอาสาดูแลในชุมชน - ส่งเสริมอาชีพและการหารายได้เสริมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
	- เฝ้าระวังยาเสพติดและสารกระตุ้นอาการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการคะแนนความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 60 หลังจากดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกราย และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน 80 ตามตารางดังตารางที่ 3 คะแนนทักษะของผู้ดูแลป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ ร้อยละ **97.22** หลังจากดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มสูงขึ้นระดับสูง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 88.88 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากเพราะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมกันในกิจกรรมการดูแลมีเป้าหมายร่วมกันในกิจกรรมการดูแลกิจกรรมรู้เขารู้เรา มีเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักเป็นและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจแก้ไขจุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้นบุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่นมีทัศนคติที่ดีซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวช และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนาเหมะรัตและคณะ เรื่องการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ผู้นำชุมชนเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น มีเครือข่ายบริการสุขภาพเกิดขึ้นและชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดีเพื่อให้ความช่วยเหลือกันมากขึ้นเกิดความสามัคคีอันนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างต่อเนื่องกระบวนการที่ให้กลุ่มร่วมกันสร้างจิตนาการความมุ่งหวังต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของแก้วตา มีศรี และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่าการรับรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันธ์กันทำให้บุคคลเกิดอาการรับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แขกเต้าและคณะเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมครสาธารณะสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวและชุมชนมีความรู้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมากและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆเช่น การดูแลผู้สูงอายุผู้พิการทุพลภาพที่มีปัญหาซับซ้อน พัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือต่อผลงานวิจัยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและสหสาขาวิชาชีพตลอดจนภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในชุมชนที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.กรมสุขภาพจิต.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิคทอเรีย; 2560.

2.แก้วตา มีศรี. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสาร การพยาบาลจิตเภทและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.

3.รัชนี เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเภทกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อม ในการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเภทและสุขภาพจิต, 24(1), 14-23

4.เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วน ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอ หนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557; 19(2):92-103.

5.อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพิมล วงศ์ไชยา.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญ และการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(6):193-2005.

6.กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. ว.เภสัชกรรมไทย 2562; 11(2): 457-462 .

7.ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท บทบาทและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย; 2562.

8.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.

.

เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองระหว่างความหนาของสไลด์ 1 มิลลิเมตรกับความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร

Comparison of the fracture detection capabilities between 1 mm and 3 mm bone reconstructions in CT brain imaging.

(Received: November 18,2024 ; Revised: November 23,2024 ; Accepted: November 25,2024)

ภรภัค พันธุ์เพ็ง[1]
Phonraphak Punpheng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักระหว่างความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร กับความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร โดยการค้นหารายชื่อของผู้ป่วยที่มีประวัติบาดเจ็บทางศีรษะที่ได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) จากระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system), Envisions ตั้งแต่วันที่ 1ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567 จำนวนอาสาสมัคร 710 ราย จากนั้นภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บศีรษะ จะได้รับการ retrospective review โดยรังสีแพทย์ 1 ท่านที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี โดย review ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (bone reconstruction 3 mm) จากนั้นเว้นระยะเวลา 1สัปดาห์ จึง review ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction) โดยปิดชื่อสกุลของผู้ป่วย จำนวนรอยแตกของกระดูก (fracture line) ที่พบจะถูกนำมาเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์กันโดยใช้หลักการทางสถิติ สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง จะนำเสนอค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ และ ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะจำนวน 695 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 โดยในกลุ่มที่พบกระดูกหักมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 40.9 ± 21.6 ปี สำหรับเพศ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 เมื่อนำ ความสามารถในการวินิจฉัยรอยแตกของกระดูกระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) มาหาความสัมพันธ์ พบว่า ทั้งภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) กับ ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) วินิจฉัยจำนวนรอยแตกได้สอดคล้องไปในทางเดียวกัน และ เมื่อพิจารณากราฟ ROC พร้อมทำการเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 (95% CI: 0.96-0.99, p=0.042) หมายถึงภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) มีความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหัก(detected fracture)ได้ดี แต่เมื่อดูค่าเฉลี่ยจำนวนรอยแตกที่พบของภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) เมื่อเทียบกับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง วินิจฉัยกระดูกหัก

Abstract

This retrospective analytical study aimed to compare the fracture detection capabilities between 1 mm and 3 mm bone reconstructions in CT brain imaging. Data were collected from patients with a history of head trauma who underwent CT brain scans from the PACs (Picture Archiving and Communication system), Envisions systems between October 1, 2023, and August 31, 2024, involving a sample of 710 participants. CT images from patients diagnosed with head trauma were retrospectively reviewed by a radiologist with at least three years of experience. The radiologist initially reviewed the 3 mm bone reconstruction images, waited one week, and then reviewed the 1 mm bone reconstruction images, with patient information anonymized. The number of fracture lines identified was compared, and relationships were analyzed using statistical principles. For continuous variables, the mean (standard deviation) and percentage were reported, and data were analyzed using Stata version 10 to address the research questions.

[1] โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Results: Among the 695 patients with head injuries, 92 (13.2%) had fractures, with a mean age of 40.9 ± 21.6 years. Most patients were male (62.9%). When comparing fracture detection capabilities between 3 mm and 1 mm bone reconstructions, both reconstructions showed consistent diagnostic outcomes. The ROC curve analysis and comparison of the area under the curve (AUC) yielded a value of 0.98 (95% CI: 0.96-0.99, p=0.042), indicating that the 3 mm bone reconstruction performed well in detecting fractures but differed significantly from the 1 mm reconstruction in terms of statistical significance.

Keywords: CT brain, fracture diagnosis

บทนำ

กระดูกกะโหลกศีรษะแตก (skull fracture) พบได้ในผู้ที่มีประวัติบาดเจ็บศีรษะ ประมาณ 17% โดยรูปแบบการหักของกะโหลกแต่งต่างกันไป[1] โดยเครื่องมือที่จะใช้วินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกได้ดีที่สุดคือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain)[2,3,11] นอกจากวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกได้ดีแล้ว เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain) ยังสามารถวินิจฉัยกระดูกใบหน้าส่วนบนหักได้ดีอีกด้วย[4] งานวิจัยของ Maetani, Kazuhide, et al.ได้ทำการวิเคราะห์ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตัดขวาง(axial CT image)ที่มีความหนาของสไลด์10มิลลิเมตร (thickness 10 mm) ในการดูเรื่องกระดูกกะโหลกศีรษะแตก(skull fracture) พบว่าภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตัดขวาง(axial CT image) ที่มีความหนาของสไลด์10มิลลิเมตร (thickness 10 mm) วินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก(skull fracture) พลาดไป 6% และได้สรุปว่าการทำภาพสไลด์บาง(thin slice CT image) จำเป็นในการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก(skull fracture)[6]

ปัจจุบันมีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีหลายโรงพยาบาล ซึ่งมีโปรโตคอลแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง บางโรงพยาบาลสร้างภาพความหนาของกระดูก 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction) บางโรงพยาบาลสร้างภาพความหนาของกระดูก 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) บางโรงพยาบาลตัดเฉพาะภาพตัดขวาง (axial view) ซึ่งการตัดที่แตกต่างกันไปจะส่งผลถึงระยะเวลารอคอย และ ความจุข้อมูลของระบบ PACS (Picture Archiving and Communication system)[9,7]

ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐบาลที่มีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)ในประเทศไทย จะสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอยู่ที่ 3มิลลิเมตร และเกือบทุกโรงพยาบาล จะมีระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system) ที่สามารถสร้างภาพกระดูก (bone window)ได้ จากภาพสมอง(brain window) งานวิจัยของ Takagi, S, et al. ได้ทำการศึกษา เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก โดยใช้การสร้างภาพ(reconstruction)ในแบบต่างๆกัน ได้แก่ ภาพกระดูก (bone kernel), ภาพสมอง(brain kernel) ภาพร่วมของสมองและกระดูก(brain and combined reconstruction kernel) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติของภาพที่มีการสร้างภาพ (reconstruction) ที่แตกต่างกันในการวินิจฉัยการหักของกระดูกกะโหลกศีรษะ[5]

เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ โรงพยาบาลตระการพืชผล มีจำนวนมาก และ การสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ จะประกอบไปด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองความหนาของสไลด์3มิลลิเมตร(CT brain reconstruction 3mm) และภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) และโรงพยาบาลมีระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system) ที่สามารถสร้างภาพกระดูก (bone kernel) ได้จากระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system) ซึ่งเพียงพอที่จะใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) กับภาพ

กระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction)ในการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก หากผลการศึกษาพบว่า ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) สามารถ วินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกได้ดีเทียบเท่ากับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1 มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระเบียบวิธี(protocol) การสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain)ในการวินิจฉัย โดยจะทำการสร้างแค่ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm reconstruction) โดยไม่ต้องทำการสร้างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1 มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) ซึ่งทำให้ประหยัดระยะเวลา และประหยัดพื้นที่จัดเก็บของระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system) เนื่องจากการตัดภาพระเอียดจะได้จำนวนภาพมากกว่าการตัดภาพหยาบเมื่อเปรียบเทียบกับการตรวจแบบเดียวกัน และนำมาซึ่งการประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลโดยที่คุณภาพในการวินิจฉัยยังคงเท่าเดิมอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบ ความสามารถในการวินิจฉัยรอยแตกของกระดูก ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ของผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บสมอง จาก ระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system), Envision ของโรงพยาบาลตระการพืชผลจังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บสมองของโรงพยาบาลตระการพืชผลที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567 และได้รับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain)
อ้างอิงจากงานวิจัยของ Afsaneh Dehbozorgi และคณะ ในปี 2020 ที่ทำการศึกษาเรื่อง Diagnosing skull fracture in children with closed head injury using point-of-care ultrasound vs. computed tomography scan[12] ผลการศึกษา พบว่า POCUS มีค่า sensitivity เท่ากับ 81.8% เมื่อให้ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% (d=0.05) และจากการศึกษาของ HITESH CHAWLA และคณะ ปี 2015[2] ที่พบว่า อัตราการพบ Fracture ผู้ป่วย Head injury เมื่อดูจากการทำ CT scan พบ 59.5% (P=0.595) กำหนดให้ค่า α = 0.05 และใช้สูตรดังต่อไปนี้ในการคำนวณ

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times Se \times (1-Se)}{d^2 \times P}$$
$$= \frac{1.96^2 \times 0.818 \times (1-0.818)}{0.05^2 \times 0.595}$$
$$= 384.5 \cong 385$$

จะได้ว่าความไวคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ที่ 385 คน และเพื่อป้องกันการ drop out ของข้อมูลไว้ 20% ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 462 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ และได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระหว่างวันที่ 1ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)
1) ภาพ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบว่ามีกระดูกหักมากกว่า 5 รอย 2) ภาพ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ไม่มีภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยอายุ เพศ วันที่ทำการ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จำนวนรอยแตกที่พบ และตำแหน่งรอยแตกที่พบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างการวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและรับรองจริยธรรมวิจัย

2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาติเก็บข้อมูล

3. สืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บสมอง ของโรงพยาบาลตระการพืชผลที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567 และได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของผู้ป่วยจากระบบ PACs (Picture Archiving and Communication System) และบันทึกผลลงในแบบบันทึกข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ วิเคราะห์ข้อมูล เป็นค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ในส่วนของการเปรียบเทียบความสามารถการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก (skull fracture) ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) ทำได้โดยการคำนวนหาความสอดคล้องของข้อมูล และคำนวณหา Area under the curve (AUC) เพื่อหา test accuracy และ ใช้ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอยแตก ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3 มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction)กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัย ได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 เอกสารเลขที่ SSJ.UB 2567-210

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะของโรงพยาบาลตระการพืชผล ที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain) (Aquilion lightning 32 slice, KV120, MA 180, gantry rotate 0.75 section, collimation 8mm(0.5x16), pitch factor 0.688) ที่มีการบันทึกในระบบ PACs (Picture Archiving and Communication System), Envisions ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566-31 สิงหาคม 2567 จำนวนอาสาสมัคร 695 ราย ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 46.1 ± 23.6 ปี โดยในกลุ่มที่พบกระดูกหักมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 40.9 ± 21.6 ปี ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่พบกระดูกหัก ที่มีอายุเฉลี่ย 46.8 ± 23.8 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.026) สำหรับเพศ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 โดยมีค่าสัดส่วนของเพศระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีกระดูกหัก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019) ดังตารางที่ 1

2. การเปรียบเทียบการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก(Skull fracture) ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร และ3มิลลิเมตร ในส่วนของการเปรียบเทียบการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตก(Skull fracture) ระหว่างการ review ด้วยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1 มิลลิเมตร(1 mm bone construction) และภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) พบว่า ในการใช้ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm bone

reconstruction) สามารถวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักได้ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.7 ของผู้ป่วยกระดูกหักทั้งหมดที่วินิจฉัยได้จากการใช้ ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) โดยเมื่อทำการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องของการวินิจฉัยกระดูกหักของ 1มิลลิเมตร และ 3 มิลลิเมตร พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบค่าความสอดคล้อง (Level of agreement) เท่ากับ 0.974 (95% CI: 0.950 - 0.999) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 2

สำหรับค่า Sensitivity และ Specificity ของการ review ด้วยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3 มิลลิเมตร (3 mm bone reconstruction) เท่ากับ 95.7% (95% CI: 89.2-98.8%) และ 100% (95% CI: 99.4-100%) ตามลำดับ โดยมีค่า Accuracy เท่ากับ 99.4% (95% CI: 98.1-99.7%) เมื่อให้การ review ด้วยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction) เป็น gold standard และเมื่อพิจารณากราฟ ROC พร้อมทำการเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) พบว่า ได้ค่าเท่ากับ 0.98 (95% CI: 0.96-0.99, p 0.042) หมายถึงภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm bone reconstruction) มีความสามารถในการวินิจฉัยรอยแตกของกระดูก(detected fracture)ได้ดีแต่ยังวินิจฉัยได้แตกต่างจากภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 และกราฟที่ 1

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนรอยแตก(fracture line) ระหว่างการ review ด้วยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction) และภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm bone reconstruction) พบว่าจำนวนจำนวนรอยแตก (fracture line) ที่ได้จากภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ± 1.37 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3 มิลลิเมตร (3mm bone reconstruction) ที่เท่ากับ 2.0 ± 1.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 695 ราย

ข้อมูล	Total *(n=695)*	Skull bone fracture in the CT *(n=92)*	Without skull bone fracture in the CT *(n=603)*	*P* value
Age in year, mean ± SD	46.1 ± 23.6	40.9 ± 21.6	46.8 ± 23.8	0.026*
Gender				0.019*
male	437 (62.9%)	68 (73.9%)	369 (61.2%)	
female	258 (37.1%)	24 (26.1%)	234 (38.8%)	

*Statistically significant

ตารางที่ 2 แสดงผลของการเปรียบเทียบการวินิจฉัย Skull fracture ระหว่างการ review ด้วย 1 mm และ 3 mm bone reconstruction

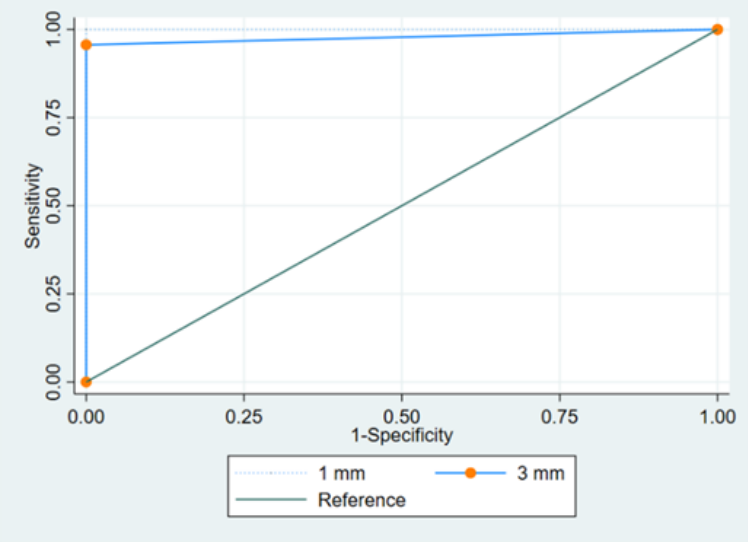
	Value 1 mm		Total
	Positive	Negative	
Value 3 mm			
Positive	88 (95.7%)	0 (0%)	88 (12.7%)
Negative	4 (4.3%)	603 (100%)	607 (87.3%)
Total	92	603	695
P value	< 0.001*		
Level of agreement	0.974 (95% CI: 0.950 - 0.999)		

*Statistically significant

ตารางที่ 3 Diagnostic value ของ 3 mm bone reconstruction ในการวินิจฉัย skull fracture เปรียบเทียบกับ 1 mm bone reconstruction

Diagnostic values	Values (95% CI)
Sensitivity	95.7% (89.2-98.8%)
Specificity	100% (99.4-100%)
Positive predictive value (PPV)	100% (95.9-100%)
Negative predictive value (NPV)	99.3% (98.3-99.8%)
Positive likelihood ratio (PLR)	-
Negative likelihood ratio (NLR)	0.04 (0.01-0.11)
Accuracy	99.4% (98.1-99.7%)
Area under curve	0.98 (0.96-0.99)
P value	0.042*

*Statistically significant

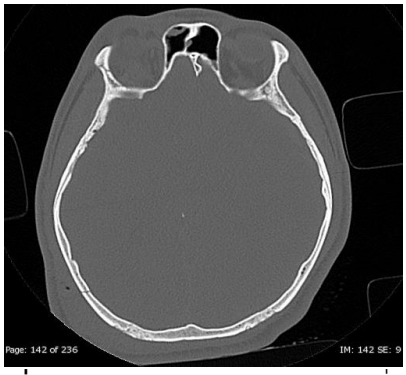


กราฟที่ 1 ROC curve ของการ review ด้วย 3 mm bone reconstruction

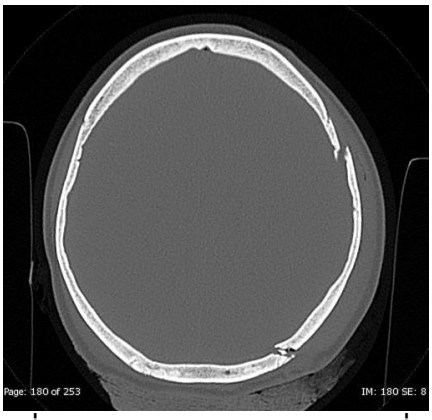
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนรอยแตกระหว่างการใช้สไลด์ 1 mm และ 3 mm

ข้อมูล	1 mm mean ± SD	3 mm mean ± SD	Mean Dif.	*P* value
จำนวนรอยแตก	2.18 ± 1.37	2.0 ± 1.45	0.18	< 0.001*

Statistical use: Paired t-test, *Statistically significant



ภาพที่1 ภาพรอยแตกของกระดูก1 รอยที่ right parietal bone



ภาพที่2 ภาพรอยแตกของกระดูก 2รอยที่ left frontal bone และ left parietal bone

สรุปผลและอภิปรายผล

ปัจจุบัน เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เป็นเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกที่ถูกต้องแม่นยำมากที่สุด[2,3] ถึงแม้ความสามารถในการวินิจฉัยจะไม่เท่ากับ 100% แต่เราก็ไม่สามารถทำautopsy ได้ทุกเคส ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บศีรษะมีกะโหลกศีรษะแตกจำนวน 92 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจำนวน 695 ราย คิดเป็น 13.2 เปอร์เซ็นต์ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.9 ± 21.6 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศ หญิงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fatima Chaudhary[2]

ในปัจจุบันเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ใช้วินิจฉัยกระดูกหักจะตัดที่ความหนาของสไลด์ที่แตกต่างกัน ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) เป็น gold standard เนื่องจากว่าภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) สามารถดูภาพได้ละเอียดกว่าภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) และงานวิจัยของ Maetani, Kazuhide ได้กล่าวว่าสไลด์ที่บางกว่าสามารถวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกได้แม่นยำมากกว่า[6] เมื่อทำการศึกษาความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกของภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) พบว่า สามารถวินิจฉัยกะโหลกศีรษะแตกได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) และมี AUC =0.98 ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นเครื่องมือวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพที่ดี นอกจากนั้นการตัดความหนาของสไลด์ 3 มิลลิเมตรจะทำให้ได้ภาพปริมาณที่น้อยกว่า 1 มิลลิเมตรซึ่งจะทำให้เกิดการประหยัดพื้นที่การเก็บข้อมูลของระบบ PACs (Picture Archiving and Communication System)

แต่อย่างไรก็ตามภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1mm bone reconstruction) ยังสามารถวินิจฉัยรอยแตกของกระดูกได้แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ โดยรอยแตกของกระดูก (fracture line) ที่ได้จากภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ± 1.37 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของ ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3mm bone reconstruction) ที่เท่ากับ 2.0 ± 1.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยรอยแตกของกระดูกที่ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร (3 mm bone reconstruction) จะวินิจฉัยได้ผิดพลาดคือรอยแตกของกระดูกชนิดที่ ไม่แยก (non-displaced fracture)

โดยทั่วไปแล้วรอยแตกของกระดูกชนิดที่ไม่แยก (non-displaced fracture) ไม่ต้องการการรักษา แต่ในทางอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักและไม่มีกระดูกหักมักจะแตกต่างกันโดยเฉพาะเรื่องของระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาของการเจ็บปวดอีกทั้งในบริเวณที่สำคัญเช่นใกล้เส้นเลือดหากพบกระดูกหักอาจจะต้องระวังเรื่องของการบาดเจ็บเส้นเลือดร่วมด้วยความจุของระบบเก็บข้อมูล (Storage of PACs) ปัจจุบันขึ้นกับจำนวนเครื่องมือสร้างภาพวินิจฉัยของโรงพยาบาล และแปรผันตรงกับจำนวนภาพที่สร้างเพื่อการวินิจฉัย[10] ดังนั้นถ้าสร้างภาพเยอะก็จะกินพื้นที่ความจุข้อมูลมาก โดยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร(1 mm bone reconstruction) จะสร้างภาพ จำนวนมากกว่าภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3มิลลิเมตร(3mm bone reconstruction) โดยความจุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับ

ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่มากขึ้น ปัจจุบันนี้ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1 mm bone reconstruction) ยังเป็นความหนาที่นิยมใช้และดีที่สุดในการวินิจฉัยกะโหลกศีรษะแตก แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับนโยบายของโรงพยาบาลว่าสามารถยอมรับความคลาดเคลื่อนจากการวินิจฉัยโดยแลกกับการประหยัดพื้นที่การจัดเก็บข้อมูลของระบบ PACs (Picture Archiving and Communication System) ได้มากน้อยเพียงใด

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 3 มิลลิเมตร(3 mm bone reconstruction) สามารถวินิจฉัยรอยแตกของกระดูกกะโหลกศีรษะได้ดีแต่ยังไม่สามารถ วินิจฉัยได้เทียบเท่ากับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ 1มิลลิเมตร (1mm bone reconstruction) โดยเฉพาะกรณีกระดูกกะโหลกศีรษะแตกแบบไม่แยก(non-displace fracture) ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้กับรังสีแพทย์กำหนดระเบียบวิธี(protocol) ที่เหมาะสมสำหรับการสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สำหรับการวินิจฉัยกระดูกกะโหลกศีรษะแตกที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลทั้งในด้านความสามารถในการวินิจฉัยและงบประมาณของโรงพยาบาลต่อไป

2. งานวิจัยครั้งนี้มีความจำเป็นต้องตัดผู้ป่วยที่มีรอยแตกของกระดูกมากกว่า 5 รอยออกไป เนื่องจากจะทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการนับรอยแตกของกระดูกได้

เอกสารอ้างอิง

1.Chaudhary F, Malik SS, Gilani SY, Zia M, Ahsan A, Ashraf M, et al. INCIDENCE OF SKULL FRACTURE IN PATIENTS WITH HEAD INJURY ON CT SCAN. Asian Journal of Allied Health Sciences (AJAHS). 2020;5(2):23-28.

2.Chawla H, Malhotra R, Yadav RK, Griwan MS, Paliwal PK, Aggarwal AD. Diagnostic utility of conventional radiography in head injury. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2015;9(6):TC13-TC15.

3.Elfeky M. Skull Fractures: Radiology Reference Article [internet]. 2024. [cited 2024 August 15]. Available from: https://radiopaedia.org/articles/skull-fractures

4.Kim DH, Choi YH, Yun SJ, Lee SH. Diagnostic performance of brain computed tomography to detect facial bone fractures. Clinical and Experimental Emergency Medicine. 2018;5(2):107-112.

5.Armbrust LJ. PACS and image storage. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice. 2009;39(4):711-718.

6.Maetani K, Namiki J, Matsumoto S, Matsunami K, Narumi A, Tsuneyoshi T, et al. Routine Head Computed Tomography for Patients in the Emergency Room with Trauma Requires Both Thick-and Thin-Slice Images. Emergency medicine international [internet]. 2016 [cited 2024 August.16];2016(1):[about 4p]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26981282

7.Sharif-Alhoseini M, Khodadadi H, Chardoli M, Rahimi-Movaghar V. Indications for brain computed tomography scan after minor head injury. Journal of emergencies, trauma, and shock. 2011;4(4):472-476.

8.Cleveland Clinic. Skull fractures: types, treatment and prevention [Internet]. 2023. [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/skull-fracture

9.Takagi S, Koyama M, Hayashi K, Kawauchi T. Image Quality Required for the Diagnosis of Skull Fractures Using Head CT: A Comparison of Conventional and Improved Reconstruction Kernels. American Journal of Neuroradiology. 2016;37(11):1992-1995.

10.van Ooijen PMA, ten Bhomer PJM, Oudkerk M. PACS storage requirements—influence of changes in imaging modalities. International Congress Series. 2005;1281:888-893.

11.Bordignon KC, Arruda WO. CT scan findings in mild head trauma: a series of 2,000 patients. Arquivos de neuro-psiquiatria. 2002;60:204-210.

12.Dehbozorgi A, Mousavi-Roknabadi RS, Hosseini-Marvast SR, Sharifi M, Sadegh R, Farahmand F, et al. Diagnosing skull fracture in children with closed head injury using point-of-care ultrasound vs. computed tomography scan. European Journal of

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Delvelopment of a care model for pulmonary tuberculosis patients in Phayakkhaphumphisai District Mahasarakham Province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

วิภาพร ทุมโนน้อย[1] สิริลักษณ์ แฝงสมศรี[1] ศักดิภัณฑ์ ไชยบัวแดง[1]
Wipaporn Thumnonoi[1] Sirilak Faengsomsri[1] Sakdipan Chaibuadang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ 2) ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ และ 3) ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย (1) การจัดการด้านการบริการและการดูแล (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแล (3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและการเฝ้าระวังระหว่างทีมให้บริการและชุมชน (4) จัดระบบบริการด้านยาและเทคโนโลยีในการติดตามการใช้ยา (5) สนับสนุนงบประมาณการดูแลผู้ป่วย กองทุนช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (6) กำหนดนโยบายแผนการจัดการระดับอำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ (7) การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาครั้งนี้เกิดนวัตกรรมกลยุทธ์ 2x2x2 model หลังพัฒนาแนวทางการดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในทุกด้าน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 (S.D.=0.20) และอัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) เพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการขาดยาและอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคลดลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด, รูปแบบการดูแล

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for caring for pulmonary tuberculosis patients at Phayakkhaphumiphisai Hospital, Maha Sarakham Province, consisting of 3 phases: 1) Phase 1, studying the situation of caring for pulmonary tuberculosis patients in the area, 2) Phase 2, developing guidelines for caring for pulmonary tuberculosis patients in the area, and 3) Phase 3, evaluating the results of using the guidelines for caring for pulmonary tuberculosis patients. The study was conducted between 1 October 2021 and 30 September 2022. Data were collected using in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and Paired t-test.

The study results found that the development of guidelines for the care of pulmonary tuberculosis patients in Phayakkhaphumiphisai District consisted of (1) service and care management, (2) developing the potential of personnel and teams involved in care, (3) developing a database system, communication, and surveillance between the service team and the community, (4) organizing a drug service system and technology for monitoring drug use, (5) supporting a budget for patient care, assistance funds, and social support sources, (6) setting policies and management plans at the district level, creating network participation, and (7) community participation. This development resulted in an innovative 2x2x2 model strategy. After developing the care guidelines, patients' self-care behavior changed significantly for the better

[1] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

(p<0.001) in all aspects. Patients' overall satisfaction increased to a very high level. The mean score was 3.36 (S.D.=0.20), and the treatment success rate (Success Rate) increased. The drug dropout rate and the death rate of tuberculosis patients decreased.

Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, The care model

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย แม้จะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่โรคนี้ยังคงส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระโรคสูงทั้งจากวัณโรค วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วม และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 1.6 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปีเดียวกัน มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 150,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 12,000 ราย[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้จำกัด และพื้นที่ที่มีทรัพยากรทางสาธารณสุขจำกัด[2]

จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีความท้าทายในการควบคุมวัณโรค โดยในปี 2562 – 2564 พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 80.69, 83.00 และ 83.31 ตามลำดับ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการดำเนินงาน ปี 2562 – 2564 ที่ ผ่านมาพบผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 105 ราย 112 ราย และ 109 ราย ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 89.74, 90.29 และ 88.07 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 9.40, 8.74 และ 8.26 ตามลำดับ และมีแนวโน้มผู้ป่วยขาดนัดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดยา การรักษาล้มเหลว และการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในอัตราที่สูง อัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 12.22, 13.54 และ 13.40 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อย่างเร่งด่วน

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระบบการติดตามการรักษายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ[3] ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงบริการสุขภาพมีข้อจำกัด ทั้งด้านระยะทาง การคมนาคม และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง[4] ผลข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยังมีน้อย ทำให้ขาดระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน[5] การศึกษาในต่างประเทศยังพบว่าการใช้เทคโนโลยีในการติดตามการรักษา การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ[6]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ผลการวิจัยนี้จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ ลดการขาดยาและการรักษาล้มเหลว รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชน

นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เป็นการขยายผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในวงกว้าง อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการควบคุมวัณโรคของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ขั้นตอนการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ เวลา 3 เดือน (ตุลาคม - ธันวาคม 2564)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค 2 คน พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยอายุรกรรม 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค 4 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 1 คน เจ้าหน้าที่แผนกเอกซเรย์ 1 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน เจ้าหน้าที่แผนกอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 คน นักโภชนากร 1 คน พยาบาลแผนกคลินิกโรคเรื้อรัง 2 คน พยาบาลแผนกจิตเวชและยาเสพติด 1 คน รวม 20 คน
2. กลุ่มผู้ให้บริการในชุมชน คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวัณโรค รพ.สต. 5 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน รวม 11 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน และผู้ร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรมและการติดตามในชุมชน
3. กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565 จำนวน 10 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน รวม 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ (1) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด (2) ครอบครัวเคยผ่านประสบการณ์ด้านปัญหาการดูแลผู้ป่วย (3) ไม่มีปัญหาสภาพจิตหรือปัญหาการสื่อสาร และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ หรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษาและต้องการออกจากกระบวนการศึกษา

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

- แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเด็นปัญหา เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในครอบครัวและชุมชน
- แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแล เกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงบริการ กระบวนการดูแล และการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและชุมชน บทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน
- เครื่องมือการรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ทั้งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ที่ 0.92

การดำเนินกิจกรรม

- ศึกษาข้อมูล และสถิติ จากระบบ NTIP (National Tuberculosis Information Program)

- จัดประชุมเพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามสภาพการปัจจุบัน วิเคราะห์ปัญหาการให้บริการคลินิกวัณโรค การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน และการดำเนินงานวัณโรค เพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลนำสู่การพัฒนา พบประเด็น ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ พบระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้า และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม ผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือกลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงกระบวนการคัดกรองวัณโรค

2. กระบวนการดูแล พบ (1) ผู้ป่วย ขาดยา ไม่มารักษาตามนัด พบผู้ป่วยกลับเป็นวัณโรคซ้ำ พบผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ชัดเจน (2) ทีมผู้ดูแลบุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลที่แตกต่างกัน (3) ระบบดูแล กระบวนการทำงาน ยังขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล แนวทางการดูแลรักษาวัณโรคไม่เป็นแนวทางเดียวกัน CPG การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นรายกรณีตามระดับความรุนแรงยังไม่ชัดเจน ระบบ DOT ขาดประสิทธิภาพ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างหน่วยงานโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชนที่มีประสิทธิภาพและไม่มีระบบเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

3. สนับสนุนการจัดบริการ บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องรับผิดชอบหลายงาน การดำเนินงานวัณโรคมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยไม่มีเครือข่ายมีส่วนร่วม และขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย ระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบ และการประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ ระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน 2565) ดำเนินการโดย

- รอบที่ 1 ระยะเวลา 4 เดือน (มกราคม - เมษายน 2565) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดจากงานวิจัยและเอกสารวิชาการงานเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรค และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยใช้แนวคิด Six Building Blocks Plus One ที่ประยุกต์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

ตารางที่ 1กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ขั้นตอน	กระบวนการ
(1) การจัดการด้านการบริการและการดูแล	- จัดตั้งคลินิกวัณโรคแบบ One Stop Service - พัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกในชุมชนและโรงพยาบาล - จัดระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล - กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) - จัดระบบการเยี่ยมบ้านและติดตามการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ
(2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแล	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย - พัฒนาทักษะ อสม. ในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยในชุมชน - สร้างเครือข่ายพี่เลี้ยง (Mentor) ในการดูแลผู้ป่วย - จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย - พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver) ในครอบครัว

ตารางที่ 1กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ขั้นตอน	กระบวนการ
(3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล การสื่อสาร และการเฝ้าระวังระหว่างทีมให้บริการและชุมชน	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยแบบ Real-time - สร้างระบบแจ้งเตือนการนัดหมายและติดตามผู้ป่วย - จัดทำระบบรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง - พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและชุมชน - จัดทำสื่อให้ความรู้ที่เข้าถึงง่ายสำหรับชุมชน
(4) จัดระบบบริการด้านยาและเทคโนโลยีในการติดตามการใช้ยา	- มีการจัดการคลังยาวัณโรคของโรงพยาบาล - นำเทคโนโลยี DOT (Directly Observed Treatment) มาใช้ - จัดทำระบบติดตามผลข้างเคียงของยา - จัดระบบการขนส่งยาถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยที่เข้าถึงยาก
(5) สนับสนุนงบประมาณการดูแลผู้ป่วย กองทุนช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนทางสังคม	- ประสานแหล่งทุนสนับสนุนจากภาคเอกชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง - มีโครงการกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยในชุมชนในพื้นที่ - สนับสนุนการเดินทางและตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยยากไร้ - จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ครอบครัวผู้ป่วย
(6) กำหนดนโยบายแผนการจัดการระดับอำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	- กำหนดนโยบาย "พยัคฆภูมิพิสัยปลอดวัณโรค" - จัดทำแผนปฏิบัติการเชิงรุกระดับอำเภอ - สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ - กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย - จัดตั้งคณะกรรมการกำกับติดตามระดับอำเภอและระดับตำบล
(7) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) - Plus One	- จัดตั้งเครือข่ายผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน - สร้างความตระหนักรู้เรื่องวัณโรคในชุมชน - จัดกิจกรรมรณรงค์ลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

- รอบที่ 2 ระยะเวลา 2 เดือน (พฤษภาคม - มิถุนายน 2565) เกิดแนวคิดนวัตกรรมในพื้นที่ กลยุทธ์ 2x2x2 Model เป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งกระบวนการเข้าถึงบริการ การดูแลรักษาและการสนับสนุนการจัดบริการ ดังนี้ ตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงกิจกรรมของนวัตกรรม กลยุทธ์ 2x2x2 Mode

กลยุทธ์ 2x2x2	**กิจกรรม**
1 วัน	- พิจารณา admit ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด 2 วัน กรณีผู้ป่วย clinical ไม่ดี/ร่วมกับดุลยพินิจของแพทย์ - ช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยและญาติจะได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และแนวทางการดูแลรักษาวัณโรค และการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับพยาบาลคลินิกวัณโรค ร่วมกันแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ
2 สัปดาห์	- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคทุกราย หลังรับประทานยาได้ 2 สัปดาห์ ต้องได้รับการตรวจ AST ALT TB DB ทุกราย เพื่อประเมินค่าการทำงานของตับ - หากพบภาวะตับอักเสบ พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคจะทำหน้าที่ประสานปรึกษาเภสัชกรและแพทย์ประจำคลินิกวัณโรคเพื่อดำเนินการพิจารณาปรับสูตรยาในการรักษาผู้ป่วย

ตาราง 2 แสดงกิจกรรมของนวัตกรรม กลยุทธ์ 2x2x2 Mode

กลยุทธ์ 2x2x2	กิจกรรม
2 เดือน	- ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าสู่กระบวนการรักษาและกินยาได้ 2 เดือน (Active phase) ต้องได้รับการตรวจเสมหะทุกรายและผลเสมหะจะต้องเปลี่ยนจาก บวก(+) เป็นลบ(-) เพื่อดูแนวโน้มการรักษา - ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายต้องเข้าถึงการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะเวลา 3 เดือน (กรกฎาคม - กันยายน 2565) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ไปทดลองใช้จริง และประเมินผลการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565 จำนวน 87 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ประกอบด้วย อัตราการรักษาสำเร็จ (Treatment Success Rate) อัตราการขาดยา (Default Rate) อัตราการรักษาล้มเหลว (Treatment Failure Rate) อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา (Death Rate)

2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Likert scale ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) แปลผลโดย คะแนนรวม 18-21 = พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก 15-18 = พฤติกรรมสุขภาพระดับดี และ 7-14 = พฤติกรรมสุขภาพระดับต้องปรับปรุง

3. แบบวัดความรู้และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนโดย 2 คะแนน = ทำได้ด้วยตนเอง/มีความมั่นใจมาก 1 คะแนน = ทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ/มีความมั่นใจปานกลาง และ 0 คะแนน = ทำไม่ได้/ไม่มั่นใจ แปลผลโดย คะแนนรวม 16-20 = ระดับดี 11-15 = ระดับปานกลาง และ 0-10 = ต้องการการพัฒนา

4. แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ ที่ครอบคลุมประเด็น การจัดบริการแบบ One Stop Service การติดตามดูแลต่อเนื่อง ระบบการแจ้งเตือนและติดตาม การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อคำถามแบบ Likert scale 5 = พึงพอใจมากที่สุด, 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด 3.41 - 4.20 = พึงพอใจมาก 2.61 - 3.40 = พึงพอใจปานกลาง 1.81 - 2.60 = พึงพอใจน้อย และ 1.00 - 1.80 = พึงพอใจน้อยที่สุด ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และสำนวนที่ใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถาม ได้ค่า CVI ช่วง 0.92-0.94 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.82-0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 7/2564 รับรองเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ

ผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.36 และเพศหญิง ร้อยละ 35.64 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.22 สำเร็จระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 85.05 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.34 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.20 และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 89.65

ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 55 คน ร้อยละ 90.16 อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 30 – 40 ปี ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 41 คน ร้อยละ 67.21 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 47 คน ร้อยละ 77.04

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับนวัตกรรม 2x2x2

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับนวัตกรรม 2x2x2

ระยะเวลา	แนวทาง	ขั้นตอน
2 วัน	เหตุผล	พิจารณา admit ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด 2 วัน กรณีผู้ป่วย clinical ไม่ดี หรือ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ เพราะช่วงเวลาที่ผู้ป่วย admit ที่โรงพยาบาลถือเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยและญาติจะได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และแนวทางการรักษาวัณโรค และการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น รวมถึงเจ้าหน้าที่สามารถให้การกำกับการกินยาต่อหน้าได้
	ข้อมูลปัญหา	1) แนวทางการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคปอด ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 2) Discharge plan ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบทุกด้าน 3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนและการส่งต่อข้อมูลล่าช้า 3.1 การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน 3.2 การส่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคเข้ามาคัดกรองโดยการเอกซเรย์ปอดที่โรงพยาบาล
	พัฒนาเพิ่มเติม	1.) จัดทำเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยวัณโรคเพื่อแยกตามระดับความรุนแรง สีแดง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง สีเขียว หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรุนแรงต่ำ ซึ่งผู้ป่วยที่ประเมินแล้วเป็นกลุ่มสีแดง ต้องได้รับการ Admit ทุกราย ผู้ป่วยกลุ่มประเภทสีเหลือง และสีเขียว ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ 2.)จัดทำแบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด (Discharge plan) ไว้ที่แผนกผู้ป่วยในทุกแผนก เพื่อใช้สำหรับวางแผนการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้การ Admit 2 วัน 8 กิจกรรม ให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้เข้าไปมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ 3.) จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค โดยทำคิวอาร์โค้ดเยี่ยมบ้านติดไว้ที่สมุดประจำตัว เพื่อให้เจ้าหน้า รพ.สต./อสม.ได้ลงบันทึกกำกับการกินยาผ่านระบบออนไลน์ได้เลย และข้อมูลก็จะถูกเก็บไว้ในฐานระบบเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2 สัปดาห์	เหตุผล	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคทุกราย หลังรับประทานยาได้ 2 สัปดาห์ ต้องได้รับการตรวจค่า enzyme AST ALT TB DB ทุกราย เพื่อประเมินค่าการทำงานของตับ เพราะยาวัณโรคมีผลต่อตับ อาจทำให้มีภาวะตับอักเสบได้ จึงควรมีการตรวจติดตามค่าการทำงานของตับทุกราย หากเกิดภาวะตับอักเสบจะได้ปรับสูตรยาในการรักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับนวัตกรรม 2x2x2

ระยะเวลา	แนวทาง	ขั้นตอน
	ข้อมูลปัญหา	ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางเข้ามารับการตรวจเลือดได้ให้ญาติมารับยาแทน เพราะเดินทางลำบากเป็นผู้สูงอายุติดเตียง
	พัฒนาเพิ่มเติม	จัดช่องทางให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ออกให้บริการเก็บสิ่งส่งตรวจให้ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย (พิจารณาเป็นรายๆ)
2 เดือน	เหตุผล	ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าสู่กระบวนการรักษาและกินยาได้ 2 เดือน (Active phase) ต้องได้รับการตรวจเสมหะทุกรายและผลเสมหะจะต้องเปลี่ยนจากบวก เป็น ลบเพื่อดูแนวโน้มการรักษา รวมไปถึงผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายต้องเข้าถึงการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก
	ข้อมูลปัญหา	ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรองไม่ครบทุกคน เนื่องจากยังเข้าไม่ถึงระบบการคัดกรองและยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง
	พัฒนาเพิ่มเติม	พัฒนาการคัดกรอง วัณโรคโดยใช้นวัตกรรม แพลตฟอร์มออนไลน์ ด้วย Application TB alert เพื่อให้กลุ่มประชาชนได้เข้าถึงการคัดกรองวัณโรคปอดอย่างง่าย

3. การประเมินผลลัพธ์ การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าหลังพัฒนาแนวทางการดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่เพิ่มขึ้นเป็น 97.70% การบันทึกการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นเป็น 95.40% การปรึกษาเจ้าหน้าที่เมื่อมีผลข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้นเป็น 80.45% การใส่หน้ากากอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น 97.70% การทำลายหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้นเป็น 67.81% การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้นเป็น 63.21% และการงดดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็น 98.85% แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการแทรกแซงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง		จำนวน (ร้อยละ)			
		ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติประจำ	P-value
1.หากมีผลข้างเคียงจากยา ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่หยุดยาเอง	ก่อน	14(16.09)	31(36.63)	42(48.27)	<0.001
	หลัง	1(1.14)	16(18.39)	70(80.45)	
2.ท่านมีพี่เลี้ยงช่วยกำกับการกินยา	ก่อน	14(16.09)	28(32.18)	45(51.72)	<0.001
	หลัง	0(0.00)	2(2.29)	85(97.70)	
3.ท่าน/ญาติ/อสม.ลงบันทึกหลังรับประทานยาทุกครั้ง	ก่อน	42(48.27)	33(37.93)	12(13.79)	<0.001
	หลัง	1(1.14)	3(3.44)	83(95.40)	
4.ท่านควรใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	ก่อน	5(5.74)	9(10.34)	73(83.90)	<0.001
	หลัง	0(0.00)	2(2.29)	85(97.70)	
5.ท่านทำลายหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วโดยการเผา	ก่อน	37(42.52)	22(25.28)	28(32.18)	<0.001
	หลัง	1(1.14)	27(31.03)	59(67.81)	
6.ท่านรับประทานเนื้อ นม ไข่	ก่อน	11(12.64)	42(48.27)	34(39.08)	<0.001
	หลัง	6(6.89)	26(29.88)	55(63.21)	
	ก่อน	81(93.10)	4(4.59)	2(2.29)	<0.001

7.ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	หลัง	86(98.85)	1(1.14)	0(0.00)	

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ พบว่าก่อนการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจภาพรวมระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 (S.D.=0.18) หลังการพัฒนาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 (S.D.=0.20)

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จากการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปี 2564 (1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564) กับหลังการพัฒนา ปี 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) เพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการขาดยา และอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคลดลง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ปี 2564 ก่อนการพัฒนา กับปี 2565 หลังการพัฒนา

ผลการรักษา	เป้าหมาย%	ปี 2564 ก่อนการพัฒนา	ปี 2565 หลังการพัฒนา
1.อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate)	≥88.00	88.07	90.20
2.อัตราตาย (Dead Rate)	<5.00	8.26	4.56
3.อัตราการขาดยา (Default rate)	0.00	3.60	1.20
4.อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse)	0.00	10.61	8.33
5.ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบ (Conversion rate)	≥90.00	86.26	91.12

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาครั้งนี้ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม เริ่มจากการจัดตั้งคลินิกวัณโรคแบบ One Stop Service ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้อย่างครบวงจรในจุดเดียว[7] การพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลจะช่วยค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม รวมถึงการจัดระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลจะช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพัฒนาในการศึกษาครั้งนี้ กลยุทธ์สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาทักษะ อสม. ในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยงและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว จะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง[8] การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมดูแลจะช่วยพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยที่ได้ เกิดนวัตกรรมกลยุทธ์ 2x2x2 Model ที่นำมาใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดของพื้นที่ ซึ่งถือเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติของเวลา กระบวนการรักษา และการสนับสนุนผู้ป่วย โดยแบ่งช่วงเวลาการดูแลออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ ช่วง 1 วัน 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน ซึ่งแต่ละ

ช่วงจะมีกิจกรรมเฉพาะที่มุ่งเน้นการประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ โดยนวัตกรรมนี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับการตรวจติดตามทั้งด้านคลินิกและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การตรวจค่าการทำงานของตับ การตรวจเสมหะ และการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งช่วยให้สามารถปรับแผนการรักษาได้อย่างทันท่วงทีและลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค อีกทั้งยังเป็นการสร้างความมั่นใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอครัวในกระบวนการรักษา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยพบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกด้าน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมสำคัญ เช่น การมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาถึง 97.70% การใส่หน้ากากอนามัย 97.70% และการงดดื่มสุราสูงถึง 98.85% ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลและการบริการพยาบาลที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว[9] นอกจากนี้ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพยังถือเป็นอีกตัวชี้วัดที่สำคัญ โดยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างความพึงพอใจและการยอมรับจากทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างยั่งยืน

อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate) มีการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ โดยหลังการพัฒนา สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 90.20% ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิต (Dead Rate) และอัตราการขาดยา (Default rate) ลดลง รวมถึงการประเมินผลการรักษาและแนวโน้มของอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งลดลงเช่นกัน อีกทั้งอัตราการเปลี่ยนสถานะเสมหะจากบวกเป็นลบ (Conversion rate) ยังเพิ่มขึ้นจาก 86.26% เป็น 91.12% ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ 88.00% แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของการรักษาวัณโรค การลดลงของอัตราต่างๆ และการเพิ่มขึ้นของอัตราความสำเร็จบ่งชี้ว่ามีการพัฒนาคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลและการบริการพยาบาลจากผลการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตนเองมากขึ้น

2. ควรมีการกำหนดนโยบาย/ตัวชี้วัดในระดับท้องถิ่นเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงเข้ามารับการคัดกรองวัณโรค เพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาได้เร็ว ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

2. Bhatia, V., Sharma, M., & Rijal, S. (2023). Urgent need for increased investments to end tuberculosis in the South-East Asia region. *The Indian journal of medical research*, *157*(2&3), 127–130. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_324_23

3. Pradipta, I. S., Idrus, L. R., Probandari, A., Puspitasari, I. M., Santoso, P., Alffenaar, J. C., & Hak, E. (2022). Barriers to Optimal Tuberculosis Treatment Services at Community Health Centers: A Qualitative Study From a High Prevalent Tuberculosis Country. *Frontiers in pharmacology*, *13*, 857783. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.857783
4. Monique, O., & Ilse, D. P. (2022). FACTORS CONTRIBUTING TO PULMONARY TB TREATMENT LOST TO FOLLOW-UP IN DEVELOPING COUNTRIES: AN OVERVIEW. *African journal of infectious diseases*, *17*(1), 60–73. https://doi.org/10.21010/Ajidv17i1.6
5. Chavez-Rimache, L., Ugarte-Gil, C., & Brunette, M. J. (2023). The community as an active part in the implementation of interventions for the prevention and control of tuberculosis: a scoping review. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2023.01.10.22283706. https://doi.org/10.1101/2023.01.10.22283706
6. Shalahuddin I, Pebrianti S, Eriyani T, Maulana I. (2024). Telenursing Intervention for Pulmonary Tuberculosis Patients - A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*, 17, 57-70.https://doi.org/10.2147/JMDH.S440314
7. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, พรทิพย์ ศิริภานุมาศ.(2560) .แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
8. วัฒนา สว่างศรี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16 (3), 116-129.
9. สุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 3 (3),164-174.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a preparation model to enter the renal replacement therapy for patients with chronic kidney disease stage 4 and their families, Phayakkhaphumiphisai Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

วันชัย อรรถโยโค[1] กำทร ดานา[2] อนุชา ไทยวงษ์[3]
Wanchai Auttayoco[1] Kamthorn Dana[2] Anucha Taiwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ระยะ 4 จำนวน 123 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีรายคู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

ผลการวิจัยพบว่า เกิดรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องบริบทของหน่วยงาน ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ การคัดกรองและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ระบบการติดตามและแสดงผลการรักษา การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง การติดตามดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทาง และการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม รวมเรียกว่า P-Y-K-P-S model ผลการใช้รูปแบบพบว่าส่งผลดีต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้องและการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นรวมถึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนสูงขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบ การเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 การบำบัดทดแทนไต

Abstract

This action research aimed to develop and study the results of a preparation model for renal replacement therapy among stage 4 chronic kidney disease (CKD) patients and their families in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province. The research participants consisted of 7 multidisciplinary healthcare professionals working with CKD patients and 123 stage 4 CKD patients, chosen via purposive sampling based on inclusion criteria. Research instruments included in-depth interview guidelines and focus group discussions, a practice manual for CKD clinic service providers, stage 4 CKD patient service records, satisfaction questionnaires, knowledge assessment forms, and self-care ability measurement forms. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis. The research and development were conducted between October 2022 and September 2023.

The results showed that a clear, concrete preparation model for renal replacement therapy among stage 4 CKD patients and their families that aligned with the organizational context. The model consisted of 5 components: laboratory screening and monitoring, treatment monitoring and reporting system, specialist referral system,

[1] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย มหาสารคาม
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: kamthorn@smnc.ac.th
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

specialized nurse follow-up care, and holistic continuous care, collectively called the P-Y-K-P-S model. Implementation of the model showed approving outcomes in patient care and stakeholder satisfaction. Patients demonstrated significantly increased knowledge about chronic kidney disease and renal replacement therapy and improved self-care behavior scores compared to pre-implementation ($p<0.001$).

Keywords: Model, Preparation, Stage 4 CKD Patients, Renal Replacement Therapy

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมถึงประเทศไทย และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมากกว่า 850 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 8-16 ต่อปี (Chen, 2023; George & Kengne, 2024) โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 8 ล้านคน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบอัตราผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 22.2 ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่น สำหรับจังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.8 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี 2566 โดยเฉพาะในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่สูงถึงร้อยละ 25 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์โรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต เนื่องจากไตมีการทำงานลดลงอย่างมาก (GFR 15-29 มล./นาที) ส่งผลให้มีการคั่งของของเสียและน้ำในร่างกาย ก่อให้เกิดอาการบวมและภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการสร้างอิริโธพอยอิตินซึ่งทำให้เกิดภาวะซีดได้ รวมถึงเกิดความผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุต่างๆในร่างกายนอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย[2] ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid CKD progression) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 45-50 ภายในระยะเวลา 5 ปี หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[3] ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบปัญหาที่สำคัญหลายประเด็น ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 75 ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารและการใช้ยา ร้อยละ 82 ไม่มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า และร้อยละ 90 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตทั้งในด้านค่าใช้จ่าย ผลข้างเคียง และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้พบว่าครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 85 ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 65 และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเข้าสู่การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 40 ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉินได้ร้อยละ 35 และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีได้ถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังช่วยลด

ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาระยะยาวได้มากกว่าร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่มีการเตรียมความพร้อม[4] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 12 เดือน รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีกระบวนการพัฒนาผ่านกระบวนการวิธีวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ โดยเริ่มจากระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล จากนั้นในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือต่างๆ และระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ ค่าอัตราการทำงานและการกรองไต ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลา 3 เดือน (ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1) ทีมผู้ร่วมพัฒนา คือ อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต (Peritoneal Dialysis Nurse) เภสัชกร นักโภชนากร กายภาพบำบัด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวมทั้งสิ้นจำนวน 7 คน คัดเลือกโดยเกณฑ์พิจารณาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และมีความสนใจที่จะร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และอยู่ในระหว่างการดูแลรักษาที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จำนวน 10 คน และสมาชิกผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน โดยเลือกที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงประเด็น และมีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้าน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก บุคลากรกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาที่ปฏิบัติงานคลินิกชะลอไตเสื่อม งานผู้ป่วยนอก ในด้านสถานการณ์ผู้ป่วย การจัดบริการ ประเด็นปัญหา และความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต

2) แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ครั้ง เกี่ยวกับประเด็นสถานการณ์ผู้ป่วย การจัดบริการ ประเด็นปัญหาและความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต และสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกชะลอไตเสื่อม

3) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลในครอบครัว ด้านสถานการณ์ปัญหาการดูแลตนเองที่บ้าน ความพร้อมและความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต (เดือน มกราคม - มิถุนายน 2566)

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต เภสัชกร นักโภชนากร กายภาพบำบัด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวมจำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุม

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวทางการประชุมกลุ่มย่อยและการระดมสมอง (Brain storming) โดยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2) คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม เป็นคู่มือที่ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ ซึ่งมีเนื้อหาที่มุ่งเน้นการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม มีความเข้าใจในขั้นตอนการบริการไปใช้

3) แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยทีมพัฒนาร่วมกันจัดทำขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ ระดับ การศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต โรคร่วม ค่าผลตรวจ Lab โรคเรื้อรังประจำปี ซึ่งมีค่าอัตราการทำงานของไต (Cr, eGFR) เพื่อนำมาจัดกลุ่มระยะการทำงานของไตโดยแบ่งเป็น 6 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ไตทำงานมากกว่า 90% ระยะที่ 2 ไตทำงานเหลือ 60-90% ระยะที่ 3a ไตทำงานเหลือ 45-60% ระยะที่ 3b ไตทำงานเหลือ 30-45% ระยะที่ 4 ไตทำงานเหลือ 15-30% หรือไตเรื้อรังรุนแรง และระยะที่ 5 ไตทำงานเหลือน้อยกว่า 15% หรือไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้สติ๊กเกอร์เลขอารบิค แยกระยะการทำงานของไต ได้แก่ สีเขียวแก่ เลข 1 สีเขียวอ่อน เลข 2 สีเหลืองเลข 3a สีส้ม เลข 3b สีแดงเลข 4 สีดำเลข 5 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังติดสติ๊กเกอร์ที่มุมขวาบนสมุดโรคเรื้อรังประจำตัว จะมีการบันทึกในแบบฟอร์มการคุยการบำบัดทดแทนไตติดในสมุดประจำตัว พร้อมบันทึกโน้ตแสดง POP UP ทุกครั้งในระบบ HosXP ที่มารับบริการโดยแสดงให้เห็นทุกครั้ง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า

กิจกรรมการพัฒนา ประกอบด้วย

1) จัดตั้งทีมฯดำเนินการร่วมกัน ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาล และได้กำหนดตำแหน่งในทีม กำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อควบคุมกำกับติดตาม การดำเนินงานการพัฒนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

2) ทีมพัฒนาฯร่วมประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบกลวิธีและแนวทางที่เหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว เพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไตในลักษณะฉบับร่าง

3) นำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว เพื่อเข้าสู่การรักษาแบบ

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ร่วมตรวจสอบ หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงแล้วรวบรวมจัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติการให้บริการที่สมบูรณ์

4) จัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไต แก่ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการเกี่ยวข้องในการ ให้บริการผู้ป่วยในเรื่องของแนวคิด วัตถุประสงค์ วิธีการขั้นตอนการดำเนินการ บทบาทขอบเขตหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ใช้การบันทึกและแบบฟอร์มต่างๆให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน

5) นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไต ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

(1) แจ้งแนวทางในการคัดกรองเจาะ lab ประจำปีและการติดตามซ้ำ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แนวทางประกอบด้วย (1.1) การประเมินการทำงานของไตโดยตรวจ Serum creatinine, BUN และคำนวณค่า eGFR ทุก 1-3 เดือน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไตและปรับการรักษาตามความเหมาะสม (1.2) การประเมินภาวะโภชนาการโดยประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำโภชนบำบัดอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นปัจจัยเร่งการเสื่อมของไตและเพิ่มความพร้อมทางร่างกายในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต (1.3) การคัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยตรวจ Lipid profile อย่างน้อยปีละครั้ง วัดความดันโลหิตและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 1-6 เดือน ควบคุมเบาหวานโดยตรวจ FBS/HbA1C ทุก 6 เดือน (1.4) การประเมินและแก้ไขภาวะผิดปกติของเกลือแร่ โดยตรวจ Electrolyte ทุก 1-3 เดือน ตรวจ Calcium, Phosphate ทุก 3-6 เดือน และ PTH ทุก 6-12 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติของเกลือแร่ (1.5) การประเมินภาวะซีดและการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะโดยตรวจ Hemoglobin/Hematocrit ทุก 3-6 เดือน หากพบภาวะซีดให้ตรวจ Iron profile เพิ่มเติม ตรวจ Urine albumin ปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและปรับการรักษาให้เหมาะสม

(2) กำหนดกระบวนการจัดบริการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยให้บริการแต่ละกลุ่มแตกต่างกันได้แก่ การคัดกรองภาวะสุขภาพ ความถี่ของการพบแพทย์ การจัดผู้ให้คำปรึกษาและบริการ ประเด็นเนื้อหาในการวางแผนการดูแลตนเองและระยะเวลาที่พบแพทย์ในแต่ละครั้ง

(3) แพทย์ พยาบาล ประเมินการเปลี่ยนแปลงและการปรับแผนแนวทางการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (เดือน กรกฎาคม - กันยายน 2566) ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง และการวัดผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว ที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม จำนวน 123 คน โดยมีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ค่าการกรองของไต หรือ eGFR 15-29 ml/min/1.73 m^2) มีประวัติการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อย่างน้อย 1 ปี สามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และคัดผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำความเข้าใจ

ข้อมูลหรือการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษานานกว่า 6 เดือน และผู้ป่วยที่มีภาวะทางร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ เช่น ภาวะทุพพลภาพรุนแรง หรือภาวะการเสื่อมทางจิตใจ ออกจากการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการจัดบริการเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต มีจำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อความเพื่อให้แสดงความพึงพอใจเปน็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) จนถึง มากที่สุด (5) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่นระหว่าง 5-30 คะแนน แปลผลโดยแปลผลโดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย(คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) และน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ มีเนื้อหาครอบคลุม ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง หน้าที่ของไต สาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต วิธีการบำบัดทดแทนไตแบบต่างๆ และข้อดีข้อเสียของการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี แปลผลโดย แบ่งระดับความรู้เป็น 4 ระดับ ดีมาก (≥80%) ดี (60-79%) ปานกลาง (40-59%) และต้องให้ความรู้เพิ่มเติม (<40%)

3) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ทำทุกครั้ง (3 คะแนน) ทำบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ทำบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยทำ (0 คะแนน) มีเนื้อหาครอบคลุม 4 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและน้ำ การใช้ยา การติดตามอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด แปลผลโดย คะแนนเต็ม 42 คะแนน แบ่งระดับความสามารถเป็น 4 ระดับ คือ ดูแลตนเองได้ดีมาก (35-42 คะแนน) ดูแลตนเองได้ดี (28-34 คะแนน) ดูแลตนเองได้ปานกลาง (21-27 คะแนน) ต้องปรับปรุงการดูแลตนเอง (<21 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสัมภาษณ์เชิง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ความชัดเจน ของเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.84, 0.97, 0.87, 1.00, 1.00 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบวัดความรู้และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้จำนวน 30 ชุด คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า KR-20 ของแบบวัดความรู้ได้เท่ากับ 0.91 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาได้เท่ากับ 0.85 ชี้ให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยมีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เอกสารรับรอง เลขที่รับรอง 10/2565 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

ระยะการศึกษาบริบทสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ จากการสัมภาษณ์พบว่า ***สถานการณ์ผู้ป่วย*** โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา โดยจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่พบมักจะเป็นกลุ่มที่ระยะของโรคเป็นมากแล้ว (เช่น Stage 3-4) ซึ่งมักมีอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและการเตรียมตัวสำหรับการบำบัดทดแทนไต ***การจัดบริการ*** โรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกเฉพาะ แต่มีประเด็นที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโดยเฉพาะอายุรแพทย์โรคไต ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรณีที่มีความซับซ้อน บุคลากรมีภาระงานมากเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำปรึกษารายบุคคล การติดตามผู้ป่วยทำได้ไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในรายที่อยู่ห่างไกล และระบบฐานข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ***ความต้องการในการเตรียมความพร้อมเพื่อการบำบัดทดแทนไต*** บุคลากรมีความต้องการในการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การปฏิบัติตัว และทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต ต้องการมีแนวทางบริการที่เป็นมาตรฐาน ชัดเจนและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติในการบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะทาง การศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานที่มีประสบการณ์ ต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงต้องการพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ประสบปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ รวมถึงมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา สำหรับ ***ด้านการดูแลตนเองที่บ้าน*** ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอและขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนประเด็น***ความพร้อมและความต้องการในการเตรียมตัวเข้าสู่การรักษาแบบบำบัดทดแทนไต*** พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน และคำแนะนำในการปรับตัวกับการรักษาใหม่ ขณะที่ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม

ระยะพัฒนาและผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต

จากข้อมูลสถานการณ์ในระยะที่ 1 นำมาวิเคราะห์ ทั้งทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางเพื่อให้การเตรียมความพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนทางไตของผู้ป่วย ให้เหมาะสม และหากลวิธีแก้ไขปัญหาที่พบ ได้รูปแบบการบริการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว ที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม หรือเรียกว่า P-Y-K-P-S model ดังตาราง

ตาราง 1 แสดงรูปแบบการบริการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว

ประเด็น	กิจกรรม
1. การคัดกรองและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (P - Patient Screening and Laboratory Follow-up)	1. จัดทำแพคเก็จเฉพาะตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ประกอบด้วยการตรวจที่สำคัญ คือ (1) การตรวจการทำงานของไต (Creatinine, eGFR) (2) ระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด (3) ภาวะซีด (CBC, Ferritin) (4) การทำงานของต่อมพาราไทรอยด์ (iPTH) (5) ระดับโปรตีนในปัสสาวะ 2. กำหนดความถี่ในการติดตามผลตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ระบบการติดตามและแสดงผลการรักษา (Y - Yielding Treatment Tracking and Reporting System)	1. พัฒนาระบบสติกเกอร์แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2. ใช้รหัสสีแดงและตัวเลข 4 เพื่อระบุผู้ป่วยระยะที่ 4 (eGFR 15-29 mL/min) 3. ติดสติกเกอร์ที่มุมขวาบนของสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อการสังเกตที่ชัดเจน 4. บันทึกค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในสมุดประจำตัวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง
3. การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง (K - Key Specialist Referrals)	1. จัดระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์ 2. กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไปพบอายุรแพทย์ดังนี้ - เมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน ซึ่งบ่งชี้ถึงการลดลงของการทำงานของไตอย่างรวดเร็ว - เมื่อผู้ป่วยมีค่าโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 6 mEq/L หรือต่ำกว่า 3.5 mEq/L ซึ่งอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม - เมื่อผู้ป่วยมีระดับแคลเซียมในเลือดสูงกว่า 11 mg/dL หรือต่ำกว่า 8.5 mg/dL หรือมีระดับฟอสเฟตในเลือดสูงกว่า 6 mg/dL อย่างต่อเนื่อง - เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต การเตรียมตัวก่อนฟอกไต และการปลูกถ่ายไต 3. ประสานงานกับทีมอายุรแพทย์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
4. การติดตามดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทาง (P - Professional Nurse-Led Follow-up Care)	1. จัดตารางนัดพบพยาบาลเฉพาะทางทุกวันศุกร์ 2. กำหนดให้ญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว มาร่วมรับฟังข้อมูล การสื่อสารต่างๆและคำแนะนำสำหรับการจัดการตัวเองที่บ้าน 3. เพิ่มการบันทึกข้อมูล 2 ส่วน คือ (1) บันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และ (2) บันทึกในระบบ HosXP เพื่อการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ 4. เพิ่มช่องทางสำหรับการสื่อสาร การให้ความรู้และคำแนะนำในการเตรียมตัวทำการบำบัดทดแทนไตผ่านแอปพลิเคชัน "K4 Prep" (Kidney-4 Preparation)

ตาราง 1 แสดงรูปแบบการบริการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว

ประเด็น	กิจกรรม
5. การดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม (S - Sustainable Holistic Continuity of Care)	1. จัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แยกเฉพาะ 2. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ (1) ซักประวัติอาการและอาการแสดง (2) ประเมินการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา (3) ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง 3. ส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพตามปัญหาที่พบ ประกอบด้วย (1) ด้านการควบคุมอาหาร พบนักโภชนาการ (2) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย พบนักกายภาพบำบัด (3) ด้านการใช้ยา พบเภสัชกร (4) ด้านปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม พบนักสังคมสงเคราะห์

การเปรียบเทียบรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ไม่มีรูปแบบการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ที่ชัดเจน 2. บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ด้วยลายมือ ไม่มีสติกเกอร์บ่งชี้ 3. ไม่มีแนวทางการส่งตรวจอายุรแพทย์ที่ชัดเจน 4. พยาบาลทั่วไปเป็นผู้นัดติดตาม ไม่มีการบันทึกข้อมูลการบำบัดทดแทนไต 5. ตรวจรักษาร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป 6. ไม่มีการให้ความรู้เรื่องการบำบัดทดแทนไตเป็นรายบุคคล	1. มีแพคเกจการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) เฉพาะสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 2. พิมพ์สติกเกอร์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) และติดสติกเกอร์สีแดงระบุระยะที่ 4 3. มีระบบคัดแยกส่งอายุรแพทย์ 4. พยาบาลเฉพาะทางไตเป็นผู้นัดติดตาม พร้อมบันทึกข้อมูลในสมุดและระบบ Hosxp 5. แยกกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อดูแลเฉพาะ 6. มีการให้ความรู้เรื่องการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมแอปพลิเคชันสนับสนุน - รูปแบบใหม่มีการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น เน้นการดูแลเฉพาะทาง และมีการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน

หลังการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตและความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 44.32 เป็น 78.21 คะแนน โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 22.27 เป็น32.45 โดยพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ได้อย่างชัดเจน ตามตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต	44.32	4.15	78.21	3.68	4.77	<0.001
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	22.27	3.74	32.45	2.88	2.94	<0.001

ผลการศึกษาความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการในภาพรวม พบว่า ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D.=0.48) แสดงให้เห็นว่าทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับที่ดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการ มีค่าเฉลี่ย 4.65 (S.D.=0.42) อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าทีมผู้ให้บริการรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ อย่างเต็มที่ รองลงมาคือด้านการสื่อสารและประสานงาน มีค่าเฉลี่ย 4.48 (S.D.=0.45) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีม ด้านที่มีความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่ ด้านการนำไปใช้ มีค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.52) แม้จะเป็นค่าเฉลี่ยต่ำสุด แต่ยังอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าอาจต้องมีการพิจารณาปรับปรุงในประเด็นความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาบริบทสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย พบประเด็นที่น่าสนใจคือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาพบในระยะที่โรครุนแรงและมีความซับซ้อนของโรค เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการคัดกรองและการเข้าถึงบริการในระยะเริ่มต้นของโรค รวมถึงความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังไม่เพียงพอ แม้ว่าทางโรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกเฉพาะ แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโดยเฉพาะอายุรแพทย์โรคไต ภาระงานที่มากของบุคลากรส่งผลต่อคุณภาพการให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ผลการศึกษาจากทีมสหวิชาชีพ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมหลายด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การปฏิบัติตัวและทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต การมีแนวทางบริการที่เป็นมาตรฐานและปฏิบัติได้จริง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[5] ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร ระบบบริการ และการสนับสนุนทรัพยากร นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว พบประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายหลายด้านในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ[6] รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับ

ครอบครัว[7] ที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร น้ำดื่มและการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา การสนับสนุนด้านการเงิน และคำแนะนำในการปรับตัว ขณะที่ผู้ดูแลเองในครอบครัวก็มีความต้องการในการพัฒนาทักษะและความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการให้ความรู้ การสนับสนุนทางการเงิน และการเสริมสร้างทักษะการดูแลสำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว จากการพัฒนาครั้งนี้ มีการดำเนินการที่ครอบคลุมทั้งด้านการคัดกรองและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการพัฒนาแพคเก็จการตรวจที่จำเพาะและระบบการติดตามผลการรักษาที่ชัดเจนด้วยการใช้สติกเกอร์สีและตัวเลข 4 ในการระบุความเฉพาะของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางที่มีเกณฑ์ชัดเจน พร้อมทั้งจัดให้มีการติดตามดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทางทุกวันศุกร์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว[8] และมีการบันทึกข้อมูลทั้งในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและระบบ HosXP การดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม พร้อมทั้งส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพตามปัญหาที่พบ ทั้งด้านโภชนาการ กายภาพบำบัด การใช้ยาและการดูแลด้านเศรษฐกิจสังคม สะท้อนให้เห็นถึงระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากการออกแบบกลวิธีในรูปแบบการพัฒนานี้ โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว[9,10] ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

จากการพัฒนารูปแบบฯครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการ ซึ่งสะท้อนถึงการเปิดโอกาสให้ทีมได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ และด้านการสื่อสารและประสานงานที่แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันของทีม อย่างไรก็ตาม ด้านการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แม้จะยังอยู่ในระดับมาก แต่ชี้ให้เห็นว่าควรมีการพิจารณาปรับปรุงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนของรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัว โดยเฉพาะในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการบำบัดทดแทนไตที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับสภาวะโรคและแนวทางการรักษาที่จำเป็น โดยการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้หลังการพัฒนาครั้งนี้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นที่มีประสิทธิภาพ[11] ในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาครั้งนี้ก็แสดงให้เห็นว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งการเพิ่มขึ้นของทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยครั้งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความพร้อมในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตในอนาคต ผลลัพธ์ที่ได้นี้ยืนยันว่ารูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ได้อย่างมีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. Chen, T. K., Hoenig, M. P., Nitsch, D., & Grams, M. E. (2023). Advances in the management of chronic kidney disease. *BMJ (Clinical research ed.)*, *383*, e074216. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074216
2. Ali, M. Y., Rahman, A., Zakia, K. I., Paul, S. K., & Mim, M. Z. (2024). Clinical epidemiology of cardiovascular disease in advanced chronic kidney disease prior to dialysis to a tertiary care centre in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Medicine*, *35*(2), 96–100. https://doi.org/10.3329/bjm.v35i2.72777
3. Takkavatakarn, K., Oh, W., Cheng, E. *et al.* (2023). Machine learning models to predict end-stage kidney disease in chronic kidney disease stage 4. *BMC Nephrol* 24, 376. https://doi.org/10.1186/s12882-023-03424-7
4. Jiménez-Marrero, S., Yun, S., Cainzos-Achirica, M., Enjuanes, C., Garay, A., Farre, N., Verdú, J. M., Linas, A., Ruiz, P., Hidalgo, E., Calero, E., & Comín-Colet, J. (2020). Impact of telemedicine on the clinical outcomes and healthcare costs of patients with chronic heart failure and mid-range or preserved ejection fraction managed in a multidisciplinary chronic heart failure programme: A sub-analysis of the iCOR randomized trial. *Journal of telemedicine and telecare*, *26*(1-2), 64–72. https://doi.org/10.1177/1357633X18796439
5. Mahmoud, Huda & Khan, Majeed & Davies, Donna & Power, Lindsay & Ozdemir, Emma & Roberts, Donna & Dodd, Matthew & Harlin, Simon. (2023). #6672 The Development of a Community-Nephrology, Multi-disciplinary Service. Nephrology Dialysis Transplantation. 38. 10.1093/ndt/gfad063d_6672.
6. Cindy, George., André, Pascal, Kengne. (2024). 4. Advances in the Diagnosis, Treatment, and Prognosis of Chronic Kidney Disease: A Reflection on Recent Developments. *Applied Sciences*, 14, 5518. doi: 10.3390/app14135518
7. Boateng, E.A., Bisiw, M.B., Agyapomah, R. *et al.* (2024). A qualitative study on the experiences of family caregivers of children with End Stage Kidney Disease (ESKD). *BioPsychoSocial Med* 18, 17. https://doi.org/10.1186/s13030-024-00314-8
8. กนก เจริญพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(2), 543-558.
9. Theeranut, A., Methakanjanasak, N., Lertsinudom, S., Surit, P., Panyaek, N., Leeladapattarakul, S., Nilpetch, P., Kessomboon, P., Chalermwat, C., Rintara, W., Khongtong, W., Paktipat, P., Banchonhattakit, P., Chunlertrith, D., Sharma, A., Cha'on, U., & Anutrakulchai, S. (2024). Integrated Care Model by the Village Health Volunteers to Prevent and Slow down Progression of Chronic Kidney Disease in a Rural Community, Thailand. *Journal of primary care & community health*, *15*, 21501319241240355. https://doi.org/10.1177/21501319241240355
10. เอื้อมพร ลุ่มบุตร, ไพรัช พิณพาทย์, ภัสจณา ชัยสุวรรณรัตน์, จินตนา โชคชัยมาดล, จิรายุทธ จันทร์มา, สิริภา ช้างศิริกุลชัย. (2560). การพัฒนาเครือข่ายระบบบริบาลชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี, 4(7), 17-26.
11. จีรวรรณ์ ประชุมฉลาดและภาวิณี แพงสุข. (2564). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 249-259.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ชนิดปากกา
Effects of using a tool to provide advice to diabetic patients who need to inject insulin pen type.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

อรุณภัสร์ จิตประเสริฐวุฒิ[1]
Arunphat Chitprasertwut[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา วิธีการดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยแผนการรักษาฉีดอินซูลินด้วยปากกา ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sample t-test กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$= 3.00, S.D. = 0.000) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.77, S.D. = 0.423) และ ($\bar{x}$= 2.05, S.D. = 0.221) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.85, S.D. = 0.427) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองด้วยสถิติ t-test คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, อินซูลินชนิดปากกา

ABSTRACT

The research on the effects of using tools for advising diabetes patients who need to insulin pen inject aims to study the impact of using these tools for advising diabetes patients receiving insulin pen treatment. The research method employed is a quasi-experimental design. The sample group consists of diabetes patients receiving insulin pen inject treatment at the outpatient internal medicine department of the Bamrasnaradura infectious diseases Institute, with a total of 40 participants. The data collection tool is a questionnaire. Descriptive statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test to compare the mean scores between the experimental group and the control group. A 95% confidence interval.

Result the study results revealed that the average scores for knowledge about insulin injection and self-injection behavior after receiving the advising tool for diabetes patients who need to Insulin Pens Injection were higher in the experimental group ($\bar{x}$= 3.00, S.D. = 0.000) compared to the control group ($\bar{x}$ = 1.77, S.D. = 0.423), and ($\bar{x}$= 2.05, S.D. = 0.221) was higher than the control group ($\bar{x}$= 1.85, S.D. = 0.427), respectively. When comparing the differences in the mean scores for knowledge about insulin injection and self-injection behavior using t-test statistics, the average knowledge score about insulin injection after participating in the program was significantly higher in the experimental group than before participating in

[1] สถาบันบำราศนราดูร

the advising tool program for diabetes patients who need to Insulin Pens Injection, with statistical significance at the .05 confidence interval.

Keywords: Diabetic Patients, Insulin Pens Injection

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ระดับโลกและระดับประเทศ ในปัจจุบันนี้มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่ง 5 โรคสำคัญดังกล่าว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน[1]

โรคเบาหวานเกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยนำน้ำตาลเข้าเซลล์ เพื่อ ให้ร่างกายสามารถใช้ในการสร้างพลังงาน[2] หากไม่มีอินซูลินเป็นตัวช่วย น้ำตาลจะถูกสะสมในกระแสเลือด ซึ่งปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวจากโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาอย่างยาวนาน นอกจานี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันมากกว่าคนปกติ ที่ยังมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกัน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นมีทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรักษาใช้ยา การรักษาเบาหวานปัจจุบันมีด้วยกัน 2 วิธี ได้แก่ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลิน องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี ค.ศ. 2018 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากถึงปีละ 41 ล้านคน (ร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) ร้อยละ 85.0 เกิดในกลุ่มประชากรอายุ 30-69 ปี กลายเป็นปัญหาหลักในกลุ่มประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำถึงปานกลาง (Low-and-Middle Income Country: LMIC) (World Health Organization, 2020) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน[3]ขณะที่สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน จากการศึกษาของอภิชาติ จิตต์ซื่อ และคณะ พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเกิดเนื้อไตแข็งบริเวณที่ฉีด[4] จากการเก็บข้อมูลของแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินแบบปากกา จำนวน 632 ราย มีผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 379 ราย(60%) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 253 ราย(40%) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินแบบปากกานั้น เภสัชกรทำการสอนการฉีดก่อนการกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงขั้นตอนการฉีดที่ถูกต้องได้ไม่ครบถ้วนเนื่องด้วยเวลาอันจำกัดทำให้เภสัชกรต้องทำการสอนแบบเร่งรัดเพื่อให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างรวดเร็ว การเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับผู้ป่วยอาจจะมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีแผลเป็นบริเวณที่ฉีดยาจำนวน 65 ราย (แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร, 2565) ทั้งนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับวิธีการฉีดอินซูลินที่ขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[5]

จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าหากมีการเสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาเป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง และสามารถลดภาวะทุพลภาพและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคตอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental study design) แบบสองกลุ่ม รวบรวมข้อมูล วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยแผนการรักษาฉีดอินซูลินด้วยปากกาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร กำหนดขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ เป็น 2 กลุ่ม ใช้ตารางของโคเฮน (Cohen, 1998) กำหนด effect size 0.5 ได้มาจากงานวิจัยที่ศึกษา (Thangtumpitak T, 2019)กำหนดให้ค่า α=0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 จากนั้นคำนวณด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.4 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย และเมื่อคำนึงถึงการป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากงานวิจัย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Wood AM, White IR, Thompson SG, 2004) จะได้กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน รวม 80 คน

ผลการศึกษา

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 57.5 และเพศชาย ร้อยละ 42.5 อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.0 รองลงมา ช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 35.0 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน มากที่สุด ร้อยละ 67.5 รองลงมา สถานภาพแยกกันอยู่/หม้าย ร้อยละ 22.5 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.อนุปริญญา มากที่สุด ร้อยละ 32.5 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้างของรัฐ/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมา ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.5 และมีรายได้ต่อเดือน 10,001 – 20,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 27.5 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 30,001 – 40,000 บาท ร้อยละ 25.0

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน ก่อนได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 และหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก ร้อยละ 100.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน ก่อนได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 75.0 หลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองก่อน

ได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 100.0 หลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับมาก ร้อยละ 95.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ก่อนได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นเล็กน้อย อยู่ในระดับปานกลาง จากร้อยละ 60.0 เป็นร้อยละ 80.0

ผลการวิเคราะห์ ความรู้ และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$= 3.00, S.D. = 0.000) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.77, S.D. = 0.423) และ ($\bar{x}$= 2.05, S.D. = 0.221) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.85, S.D. = 0.427) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองด้วยสถิติ t-test คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test and Post-test design with a control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 80 คน โดยผลการศึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมติฐาน ดังนี้

1. ภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาในกลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองแตกต่างจากก่อนได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน หลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$= 3.00, S.D. = 0.000) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$= 1.95, S.D. = 0.678) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินด้วยสถิติ t-test คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายว่าการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา สามารถให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความรู้อินซูลินใช้รักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงรุนแรง

หากมีตะกอนที่ก้นขวดหรือมีแขวนลอยสามารถใช้ได้ตามปกติ ตำแหน่งที่สามารถฉีดอินซูลิน ได้แก่ หน้าท้อง ต้นแขน หน้าขา และสะโพก กรณีฉีดที่หน้าท้อง ควรฉีดห่างจากรอบสะดือ 1-2 นิ้ว หลังการฉีดไม่ควรนวดหรือประคบน้ำร้อนบริเวณที่ฉีดยา และ เวลาในการฉีด ควรฉีดเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวันเพื่อให้ระดับน้ำตาลมีความสม่ำเสมอ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา เพื่อให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้ภาพ วิดีโอ จะช่วยให้ผู้ป่วย เข้าใจง่าย และเกิดความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมน เจนจิรวัฒน์ และคณะ[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน การรับรู้ความสามารถตนเองในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรวิชญ์ พันธนา[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมการ สอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 13.39 และหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 14.88 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยา อินซูลินสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ($\bar{x}$= 2.05, S.D. = 0.221) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$= 1.00, S.D. = 0.000) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองด้วยสถิติ t-test คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายว่า การใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา สามารถให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองเพิ่มขึ้นหลังการทดลองหากมีการเสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาเป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ และสามารถลดภาวะทุพลภาพและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสามารถลดการเกิดก้อนนูนแข็งในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง พบก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้อง ร้อยละ 25.0 หลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์ พบจำนวนก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้องลดลง เหลือร้อยละ 2.5 สอดคล้องกับการศึกษาของชนมน เจนจิรวัฒน์ และคณะ[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกับค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสิรวิชญ์ พันธนา[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของของการปฏิบัติตัวก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 25.70 และหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 26.81 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของ

ปฏิบัติตัว หลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเกิดก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้อง ร้อยละ 32.80 และหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเกิดก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้องลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 1.61 และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง (*M* = 90.6, *SD* = 7.0) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (*M* = 83.37, *SD* = 9.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (t =-9.005, df = 29) และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < .05) ในด้านของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน (p-value =.124 และ 0.90 ตามลำดับ) และระหว่างกลุ่ม (p-value = .146) ไม่แตกต่างกันที่ p < 0.05 และเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

2. ภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาในกลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลินภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$= 3.00, S.D. = 0.000) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.77, S.D. = 0.423) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองภายหลังได้รับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$= 2.05, S.D. = 0.221) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.85, S.D. = 0.427) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงกลุ่มทดลองพบก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้องหลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์ พบจำนวนก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้องลดลง แต่กลุ่มควบคุม พบจำนวนก้อนนูนแข็งบริเวณผิวหนังหน้าท้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง (*M* = 90.6, *SD* = 7.0) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (*M* = 83.37, *SD* = 9.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (t =-9.005, df = 29) และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < .05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชิดปากกาไปปรับใช้พื้นที่ของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา

2. ควรปรับเครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ทุกรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในบริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลนั้นๆ

3. ควรมีการติดตามหลังการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำและการตรวจผลทางห้องปฏิบัติทุก 3 เดือน/6 เดือน/1ปี และการกลับมา Re-admit ในการควบคุมเบาหวานไม่ได้

4. ควรส่งต่อผลการศึกษาการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกสังกัด และโรงพยาบาลเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกสังกัด และโรงพยาบาลเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รพสต.) และโรงพยาบาลสังกัดเอกชนทุกแห่ง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการการลับมา Re-admit ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกา และควรศึกษา Unit cost สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินชนิดปากกาเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษารูปแบบอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชลิต รัตรสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย: การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษา และขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน. [สืบค้นเมื่อ15 พฤษภาคม 2566] จากhttps://www.novonordisk.com/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change
2. International Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas, 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation
3. กศิมา สง่ารัตนพิมาน อรพิน ภัทรกรสกุล(2565) การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2565)
4. อภิชาติ จิตต์ซื่อ และคณะ(2559) การประเมินให้ความรู้ และทักษะของผู้ป่วยก่อน-หลังได้รับคำปรึกษาวิธีใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.สงขลานครินทร์เวชสารปีที่ 34 ฉบับที่ 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์2559)
5. แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม(2565). ข้อมูลการใช้อินซูลินแบบปากกา. สถาบันบำราศนราดูร
6. ชนมน เจนจิรวัฒน์ ธราดล เก่งการพานิช มณฑา เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุล (2560) โปรแกรมการส่งเสริมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม.รามาธิบดีพยาบาลสาร. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม -สิงหาคม 2560)
7. สิรวิชญ์ พันธนา. (2564) โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)
8. กฤตกร หมั่นสระเกษ ทัศนีย์ รวิวรกุล สุนีย์ ละกำปั่น(2562) โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2562)

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

Development of Community-Based Rehabilitation Model with Telemedicine Application for Drug Addiction Patients in Ban Nam Chie, Saba Yoi District, Songkhla Province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์[1]
Saowalak Boonyarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบใหม่ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีบทบาทในการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชนและพื้นที่รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 20 คน และครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประยุกต์ระบบโทรเวชกรรมในการติดตามผล โดยระยะที่ 1 พบข้อจำกัดของรูปแบบเดิมในด้านการเข้าถึงบริการและการติดตามผู้ป่วย ระยะที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ระบบโทรเวชกรรม และระยะที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของการทดลองใช้รูปแบบใหม่ที่สำคัญดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากระดับมากเป็นระดับปานกลางถึงเล็กน้อย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 3) พบการกลับไปเสพซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 20 และลดลงเหลือร้อยละ 10 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 4) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจและมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม พบความก้าวหน้าในด้านการเข้าถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การติดตามที่เป็นระบบ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบโทรเวชกรรม

Abstract

The objective of this research and development study was to examine the effectiveness of a community-based rehabilitation model with telemedicine application for drug addiction patients in Ban Nam Chie, Saba Yoi District, Songkhla Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 - Assessment of the existing model, Phase 2 - Development of the new model, and Phase 3 - Implementation and effectiveness evaluation of the new model. The sample comprised 70 participants: 30 community drug operation stakeholders and relevant personnel, 20 patients in rehabilitation, and 20 family members or caregivers. Data collection methods included questionnaires, interviews, focus group discussions, and participatory workshops using the Appreciation-Influence-Control (AIC) technique. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests for quantitative data, while content analysis was applied for qualitative data.

The findings revealed that the developed model's strengths lay in integrating community participation and applying telemedicine systems for follow-up care. In Phase 1, limitations of the existing model were identified in terms of service accessibility and patient monitoring. Phase 2 involved developing a new model emphasizing

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ส่วนราชการ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

community participation and telemedicine implementation. Phase 3 demonstrated significant outcomes from the new model's implementation as follows: 1) Patients showed a statistically significant reduction in stress levels ($p<0.001$), decreasing from high to moderate-to-low levels; 2) Patients' quality of life improved significantly ($p<0.001$); 3) Relapse rates were observed at 20% in week 3, decreasing to 10% in week 4; and 4) Project participants reported moderate to high levels of satisfaction, with substantial community engagement. Compared to the previous model, improvements were noted in accessing patients in remote areas, systematic follow-up, efficient resource utilization, and enhanced motivation for rehabilitation.

Keywords: Drug addiction rehabilitation and follow-up, Community participation, Telemedicine system

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบที่ร้ายแรงไปทั่วทุกมุมโลก จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก พบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลกมีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน และมีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา โดยกัญชายังได้รับรายงานว่าเป็นยาเสพติดที่ถูกใช้มากที่สุด จำนวน 209 ล้านคน ซึ่งพุ่งสูงขึ้นถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับช่วงสิบปีที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มยาโอปิออยด์ ถือเป็นกลุ่มมีฤทธิอันตรายมากที่สุดและการใช้ซึ่งนอกเหนือจากทางการแพทย์กลายเป็นวิกฤติต่อระบบสาธารณสุขในแอฟริกาเหนือ กลาง และตะวันตก พบผู้ใช้สารโอปิออยด์ประมาณ 61 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนกว่า 31 ล้านคนเป็นผู้ใช้เฮโรอีน ตามด้วย ฝิ่น และ ทรามาดอล ส่วนการใช้โคเคนและยาบ้าก็เพิ่มขึ้นในบริเวณดังกล่าว ในภาพรวมมากกว่า 19 ล้านคนเป็นผู้ใช้โคเคน และประมาณ 27 ล้านคนเป็นผู้ใช้แอมเฟตามีน ส่วนยาบ้าและ ยาไอซ์ ซึ่งเป็นอนุพันธ์แตกย่อยออกมาจากกลุ่มแอมเฟตามีนนั้น มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ใช้กระจุกอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำโขงตอนล่าง ได้แก่ ประเทศกัมพูชา สปป.ลาว พม่า เวียดนาม และไทย ครอบครองสัดส่วนการจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึง ร้อยละ 89 ของการจับกุมทั้งปี 2564[1-4]

สำหรับประเทศไทยปัญหายาเสพติดภายในประเทศจะยังคงรุนแรง โดยเฉพาะปัญหาการลักลอบนำเข้า ภายหลังการเปิดประเทศเข้าสู่ภาวะปกติ จากปัญหาการขยายตัวของยาเสพติดสังเคราะห์ในกลุ่มประเทศนอกภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ประเทศไทยอาจจะเผชิญการลักลอบลำเลียงผ่านยาเสพติดผ่านทางท่าเรือ ท่าอากาศยาน และพัสดุไปรษณีย์ระหว่างประเทศไปยังประเทศที่สามมากขึ้น การขยายตัวของเครือข่ายอาชญากรรมยาเสพติดข้ามชาติที่เข้ามาเคลื่อนไหวในประเทศไทย ยังคงเป็นแนวโน้มปัญหาสำคัญ โดยปริมาณยาเสพติดที่แพร่กระจายในทุกภาคส่วนของสังคม ทำให้ความต้องการยาเสพติดภายในประเทศยังคงมีสูง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการมาเสพยาเสพติดแบบผสมผสาน มีคนไทย 3.75 ล้านคนหรือร้อยละ 7.46 ของคนไทยอายุ12-65 ปี เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิต (ไม่รวมสุรา ยาสูบ ยากล่อมประสาท และยานอนหลับ) จากข้อมูลการเข้ารับการบำบัดรักษาตลอดปีพ.ศ. 2564 พบว่า ยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 18 – 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น เยาวชนมีสัดส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 24 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรในอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22 ในส่วนของกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานมีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 29 รองลงมาเป็นกลุ่มรับจ้าง ร้อยละ 27 สิ่งบ่งชี้ปัญหาการแพร่ระบาดในพื้นที่ว่าปัญหายังคงมีอยู่ คือ ราคายาบ้าในหมู่บ้าน/ชุมชนที่ถูกลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การลักลอบจำหน่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และจัดส่งผ่านทางพัสดุไปรษณีย์ได้รับความนิยมอย่างมากใน

บรรดากลุ่มการค้าระดับรายส่งและรายย่อย เนื่องจากกลุ่มการค้าเห็นว่ามีความปลอดภัยกว่าการจำหน่ายแบบเดิม แม้ว่าต้นทุนและราคาจำหน่ายจะสูงกว่าปกติ[5, 6] นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาอาการติดยาเสพติดมากที่สุด ทั้งการเลิกยาบ้า เลิกยาไอซ์ และการเลิกกัญชา รวมถึงการบำบัดอาการติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ ด้วย คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลาตามลำดับ[7] โดยสถานการณ์และแนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดสงขลา เปรียบเทียบเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 พบว่า ยาบ้า เป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดสูงสุดในพื้นที่ รองลงมา คือ ไอซ์ เฮโรอีน และคีตามีน การติดต่อสื่อสารในการซื้อขายยาเสพติดจะเป็นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการใช้เบอร์โทรศัพท์ของประเทศเพื่อนบ้าน โดยพบการลำเลียงยาเสพติดมาจากพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางผ่านบริษัทขนส่งเอกชน จากนั้นกระจายต่อไปในพื้นที่จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นแหล่งที่มีที่ตั้งของสถานบันเทิงจำนวนมาก โดยกลุ่มยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวตามสถานบันเทิงต่างๆ คือ ยากลุ่ม club drugs เช่น คีตามีน (ยาเค) เป็นต้น ผู้ต้องหาส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 25 – 50 ปี อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้างทั่วไป มีการขนส่งยาเสพติดมาทางบริษัทขนส่งเอกชน และนำมาพักไว้บ้านเช่าบริเวณชานเมือง และมีแนวโน้มอัตราการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[8] การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลากหลายด้านไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง ครอบครัว ชุมชนสังคม รวมถึงประเทศชาติ ซึ่งยาเสพติดทุกประเภทมีฤทธิ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ระบบประสาทและสมอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นศูนย์บัญชาการของร่างกาย และก่อให้เกิดปัญหาหลายๆ อย่างตามมา เช่น สุขภาพของผู้เสพติดเสื่อมโทรม สมองเสื่อม ป่วยด้วยโรคระบบต่างๆ ครอบครัวไม่สงบสุข สูญเสียรายได้ จนนำไปสู่การก่ออาชญากรรม เป็นต้น[1,8] โดยการติดสารเสพติดมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อม และด้านเงื่อนไขและการเรียนรู้ต่างๆ

อำเภอสะบ้าย้อย เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหายาเสพติดมากที่สุดในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีแนวโน้มการระบาดของยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพื้นที่ระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ที่ตำบลทุ่งพอ ตำบลจะแหน ตำบลธารคีรี และตำบลเขาแดง ตามลำดับ สอดคล้องกับการอัตราการจับกุมผู้ค้าซึ่งจะอยู่ในพื้นที่ข้างต้นในช่วงปีพ.ศ.2563 ถึงปีพ.ศ. 2565 รูปแบบของยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งชนิดและกลุ่มของผู้เสพ ซึ่งมีการเปลี่ยนมาใช้พืชกระท่อม กัญชา อย่างเสรีมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการไม่มีการบังคับบำบัด ทำให้ปัญหายาเสพติดในพื้นที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มของผู้เสพ คือ แต่เดิมผู้เสพจะเป็นกลุ่มวัยแรงงาน ช่วงอายุ 25 – 39 ปี แต่ในปัจจุบันกลุ่มผู้เสพเปลี่ยนกลายไปมีตั้งแต่เด็กเยาวชน จนถึงกลุ่มวัยทำงาน ตั้งแต่ช่วงอายุ 15 – 55 ปี อีกทั้งในปัจจุบันการใช้สารเสพติดที่จากเดิม คือ น้ำกระท่อม ยาบ้า และกัญชา ก็ถูกเปลี่ยนและพัฒนาไปเป็นการใช้ยาร่วมกัน เช่น การใช้ยาบ้าร่วมกับน้ำกระท่อม หรือการใช้ยาบ้า และกัญชา เป็นต้น[9] จากการทบทวนการศึกษาถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า มีหลากหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทั้งการสร้างความตระหนักรู้ต่อตัวผู้ป่วยเอง การนำแนวทางการบำบัดรักษาจากกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ หรือรวมถึงการนำครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกระบวนการบำบัดรักษา โดยส่วนใหญ่พบว่าการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ และสามารถเลิกยาเสพติด หรือลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงส่งผลให้ปัญหายาเสพติด

ในชุมชนลดลงได้[10-13] แต่อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของผู้ป่วยและครอบครัวที่พบในการเข้ารับการบำบัดรักษา คือ ปัญหาในการขาดงาน การขาดเรียน รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งจากการเดินทางไป-กลับ และค่าอาหารในวันที่เข้ามารับการรักษา[14] อีกทั้งในช่วงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยห่างหาย หรือขาดการติดต่อ จนเกิดการขาดความต่อเนื่องในการรักษา จึงเกิดการพัฒนาวิธีต่างๆ ในการเข้าถึงผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทยได้นำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาใช้ในทางการแพทย์เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาและติดตามผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่า สามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด[3, 15-19] นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมหรือแอปพลิเคชันต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร หรือติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ สามารถติดตามผู้ป่วยตลอดจนจบกระบวนการบำบัด รวมถึงผู้ป่วยสามารถตัดขาดสารเสพติด และส่งผลให้อัตราการกลับไปเสพติดซ้ำลดลงได้[19 - 23] ถึงแม้ว่าจะพบการศึกษาที่หลากหลายในต่างประเทศ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนจากกรมการแพทย์ประเทศไทย แต่การนำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการทำงานยังพบน้อย หรือพบว่าในบางพื้นที่ของประเทศไทยเริ่มมีการประยุกต์ใช้แต่ยังเป็นเพียงโครงการที่ยังไม่ปรากฏผลการศึกษา ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงเกิดความสนใจในการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมร่วมกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งหวังให้ลดข้อจำกัดในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การเดินทาง การขาดงานหรือการขาดเรียน รวมถึงเพื่อให้ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม ให้กำลังใจ และพัฒนาระบบที่เหมาะสมในการบำบัดรักษา ดูแล และรองรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบใหม่ ด้วยการบูรณาการเข้ากับชุมชนและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันกับรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าและดำเนินการ โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนบ้านน้ำเชี่ยว ตำบลเขาแดง อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา จำนวน 1,138 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามการรักษาพร้อมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 40 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดย กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการนับจากทะเบียนผู้ป่วยกำหนดให้เลขคู่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าโดยทั่วไปนักสถิติใช้ค่าความเชื่อมั่นในการวิจัย

ระหว่าง 90.0 – 95.0 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power of Analysis) ที่ระดับ 0.8 (ร้อยละ 80) และใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม (Effect Size) อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.4 โดยประมาณและมักไม่เกิน 0.5 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาที่ใช้ Primary Outcome เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ (อัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำหลังการบำบัด 1) จึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม = 0.5 (ซึ่งเป็นค่าสูงสุดที่นักสถิติยอมรับได้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง) ค่าความเชื่อมั่น = 95.0 และค่าอำนาจในการวิเคราะห์ = 0.8 ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.7 การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือก่อน – หลังเข้ารับการบำบัด และเมื่อติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คน โดยเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยทางจิตเวช หรือมีอาการแทรกซ้อนหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงทางกายจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดยาเสพติด และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีสมาร์ทโฟนสามารถใช้แอปพลิเคชันในการติดตาม ให้คำปรึกษา และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวได้จนจบกระบวนการ ไม่จำกัดเพศ ครอบครัวละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ เป็นการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ปราชญ์ชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 30 คน รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว จำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วนประกอบด้วย 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติ เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน 2) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง 3) การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ปราชญ์ชุมชน

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC 2) เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนเริ่มกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม เป็นการเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดช่วงระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดหลังสิ้นสุดกิจกรรม

2) เครื่องมือที่ใช้สำหรับครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม

3) เครื่องมือสำหรับชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม หรือการนำรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลที่เก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเด่น คือ การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน คือ ระบบโทรเวชกรรม โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน โดยการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในหลายด้าน กล่าวคือ ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด พบการลดลงของระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากระดับมากเป็นระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้เข้าร่วมทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนการบำบัด อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบการกลับไปเสพซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 ของการบำบัด (ร้อยละ 20) แม้ว่าอัตรานี้จะลดลงในสัปดาห์ที่ 4 (ร้อยละ 10) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะแรกของการบำบัด ในด้านผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและชุมชน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงระดับความพึงพอใจที่สูงต่อรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้น โดยชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน

การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในหลายด้าน ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การติดตามผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม และการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดและติดตามผล

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะแรกของการบำบัด ซึ่งควรได้รับการศึกษาและพัฒนาต่อไปในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบการลดลงของระดับความเครียดและการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการบำบัดได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการบำบัดรักษา ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ[24] ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Zimmerman ที่อธิบายว่า การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวย ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะเครียดลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจและการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็งขึ้นในการเลิกใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ของ Ryan และ Deci ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านความสัมพันธ์จะช่วยพัฒนาแรงจูงใจภายในซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

3. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้คำปรึกษาและติดตามผล ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทั้งด้านระยะทาง เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สอดคล้องกับแนวคิด Digital Health Equity ของ Crawford และ Serhal ที่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา[3, 15-19]

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เช่น ระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ นอกจากนี้ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษา การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลในระยะยาวและศึกษาในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาแนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2. การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ผลการศึกษาพบรูปแบบการกลับไปเสพซ้ำที่มีลักษณะเฉพาะ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 และลดลงในสัปดาห์ที่ 4 ของการติดตามผล สามารถอภิปรายผลได้ใน 3 ประเด็นหลักดังนี้

2.1 รูปแบบการกลับไปเสพซ้ำและการตอบสนองของระบบบำบัด อาจเป็นผลมาจากการที่รูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเมื่อพบการกลับไปเสพซ้ำในระยะติดตามผล ทีมผู้บำบัดได้ปรับเพิ่มความเข้มข้นของการดูแล ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล การเสริมพลังใจ การกระตุ้นความตระหนักถึงปัญหา รวมถึงการทำงานร่วมกับครอบครัวในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งผลให้แนวโน้มการกลับไปเสพซ้ำลดลงในสัปดาห์ที่ 4 สอดคล้องกับแนวคิด Adaptive Treatment Strategies ของ Murphy และคณะ ที่เน้นการปรับระดับความเข้มข้นของการบำบัดตามการตอบสนอง

ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงและความก้าวหน้าในการบำบัด

2.2 กลไกการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การตอบสนองของทีมผู้บำบัดเมื่อพบการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การเพิ่มความถี่ของการให้คำปรึกษารายบุคคล การเสริมพลังใจ และการกระตุ้นความตระหนักถึงปัญหา สอดคล้องกับทฤษฎี Relapse Prevention ของ Marlatt และ Gordon ที่เน้นการจัดการสถานการณ์เสี่ยงและการเสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญปัญหา

2.3 บทบาทของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบูรณาการครอบครัวในกระบวนการบำบัดและการจัดการกับการกลับไปเสพซ้ำ สะท้อนการประยุกต์ใช้แนวคิด Family Systems Approach

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ผู้เสพติดไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ครอบครัวและบุคคลในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการออกแบบกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น โดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์ และวางแผนกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาการอบรมและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยและการลดการตีตรา ส่งผลให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น เกิดการยอมรับผู้ป่วย และพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษามากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำในการช่วยเหลือผู้ใช้ยาและสารเสพติดให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ โดยส่วนใหญ่พบว่าการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ และสามารถเลิกยาเสพติด หรือลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงส่งผลให้ปัญหายาเสพติดในชุมชนลดลงได้[10-13]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงพบอุปสรรคบางประการ โดยเฉพาะประเด็นความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรมภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนั้น จึงควรพิจารณาแนวทางในการยกระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้มแข็งมากขึ้น เช่น การผลักดันให้เกิดการประชาคมเพื่อบรรจุกิจกรรมที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้ร่วมพัฒนาขึ้นไว้ในแผนพัฒนาชุมชน ซึ่งจะช่วยสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว

4. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ผลการศึกษาพบว่า การบูรณาการระบบโทรเวชกรรมร่วมกับการติดตามผลการบำบัดรักษาส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการลดภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล และเอื้อต่อการปรับแผนการบำบัดรักษาได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากคุณลักษณะสำคัญของเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีความรวดเร็วและสามารถลดข้อจำกัดด้านระยะทาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวว่าระบบโทรเวชกรรมสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา[3, 38-42] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมหรือแอปพลิเคชันต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ติดตามผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยตลอดจนจบกระบวนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยสามารถตัดขาดสารเสพติด และลดอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำลงได้[19-23]

อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบข้อจำกัดที่สำคัญสองประการ ประการแรกคือ ความไม่เสถียรของระบบการสื่อสารในบางพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการสื่อสารและความแม่นยำในการประเมินอาการ ประการที่สองคือ ทัศนคติและความเชื่อของผู้รับบริการบางกลุ่มที่ยังคงให้ความสำคัญกับการพบแพทย์แบบเผชิญหน้ามากกว่า อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของการศึกษาที่มีระยะเวลาการทดลองใช้ระบบค่อนข้างสั้นและการฝึกอบรมผู้ใช้งานที่ยังไม่เข้มข้นเพียงพอ ทำให้ยังไม่สามารถเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในผู้ป่วยบางราย ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การปรับปรุงความเสถียรของระบบการสื่อสาร 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการยอมรับในกลุ่มผู้ใช้งาน และ 3) การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมที่มีความเข้มข้นและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ เมื่อได้มีการพัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้ว ระบบโทรเวชกรรมนี้จะมีศักยภาพเพียงพอต่อการขยายผลไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

5. การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลที่ดีกว่ารูปแบบเดิมในหลายประการนั้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกลที่ดีขึ้นนั้นอาจเป็นผลมาจากการนำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีในการสื่อสารที่อำนวยความสะดวกในการปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่ต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ระบบโทรเวชกรรมช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น[3] ระบบการติดตามผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากการจัดทำโครงการที่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับที่กล่าวว่าระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ และสุดท้าย คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการออกแบบระบบที่มีการโต้ตอบและให้ผลตอบรับแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการลดอุปสรรคด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจที่ระบุว่าการได้เห็นความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่ชัดเจนจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบข้อจำกัดที่สำคัญ คือ กิจกรรมการบำบัดรักษาบางประเภทยังคงจำเป็นต้องดำเนินการในรูปแบบการพบปะแบบเผชิญหน้า โดยเฉพาะกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมและการประเมินอาการทางคลินิกที่ต้องอาศัยการสังเกตภาษากายของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อจำกัดของการใช้ระบบโทรเวชกรรม ที่ระบุเกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบำบัดแบบเผชิญหน้า และกลุ่มที่มีความจำเป็นสำหรับการประเมินอาการทางจิตเวชบางประเภท

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการบำบัดรักษารูปแบบใหม่ที่ประสบความสำเร็จนั้น เกิดจากการผสมผสานระหว่างความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การออกแบบระบบที่คำนึงถึงผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง และการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น รูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลสูงสุดจึงควรเป็นการผสมผสานระหว่างการใช้เทคโนโลยีและการพบปะแบบเผชิญหน้า โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำในช่วง 3 – 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด ดังนั้นสถานพยาบาลควรจัดให้มี

การติดตามเยี่ยมทางโทรเวชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการให้คำปรึกษาฉุกเฉินผ่านระบบโทรเวชกรรม

2. สถานพยาบาลควรพัฒนาหลักสูตรการอบรมการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การขยายระยะเวลาการอบรมเป็น 3 – 5 วัน จัดให้มีการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้งานที่เข้าใจง่ายสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย และกำหนดให้มีการประเมินทักษะการใช้งานทุก 3 เดือน เป็นต้น

3. ควรมีการจัดทำแผนสำรองที่ชัดเจน เพื่อรองรับปัญหาทางด้านเทคนิค หรือสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ

4. ควรเพิ่มกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนับสนุนและลดการตีตราผู้ป่วยยาเสพติด เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

5. แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีในการลดการกลับไปเสพซ้ำ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามที่ค่อนข้างสั้น (4 สัปดาห์) อาจไม่สะท้อนรูปแบบการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาวได้ รวมถึงผลการศึกษายังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำ ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังการกลับไปเสพซ้ำที่มีความแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรบรรจุรูปแบบการบำบัดรักษาโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับระบบโทรเวชกรรมในแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์หลักในแผนพัฒนาสาธารณสุขระยะ 5 ปี การจัดทำแผนปฏิบัติการที่ระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และงบประมาณที่ชัดเจน ร่วมกับการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบและกลไกการกำกับติดตามประเมินผล

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน เช่น การกำหนดให้การบำบัดรักษายาเสพติดเป็นภารกิจที่สามารถใช้งบประมาณท้องถิ่นได้ เพื่อจัดสรรงบประมาณ บุคลากร ไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข เป็นต้น

3. สถานพยาบาลควรเพิ่มปรับปรุง และพัฒนานโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยให้รัดกุมยิ่งขึ้น เช่น การกำหนดมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลในระบบโทรเวชกรรม การจัดทำแนวปฏิบัติในการจัดเก็บ ประมวลผล และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการในพื้นที่

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดตั้งคณะทำงานระดับชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยกำหนดองค์ประกอบของคณะทำงานให้ครอบคลุมตัวแทนจากท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วย ผ่านการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งที่ระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดให้มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับตำบล จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม จัดหาอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่จำเป็น และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครในแต่ละพื้นที่

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในชุมชน โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยง ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรพี่เลี้ยงชุมชนอย่างน้อย 3 วัน เพื่อกำหนดบทบาทและแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดระบบ

การปรึกษาระหว่างพี่เลี้ยงกับทีมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์

4. ทีมสหวิชาชีพควรพัฒนาคู่มือการใช้งานระบบโทรเวชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น จัดทำคู่มือในรูปแบบอินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่าย จัดทำวิดีโอสาธิตการใช้งานแบบทีละขั้นตอน และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษาการใช้งาน เป็นต้น

5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน เช่น การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ การจัดทำทำเนียบชุมชนต้นแบบและแนวปฏิบัติที่ดี และเผยแพร่บทเรียนความสำเร็จผ่านสื่อท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปีภายหลังการบำบัด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด ทั้งนี้ควรครอบคลุมการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษา และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ในด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ ควรให้ความสำคัญกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำภายหลังการบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ตลอดจนศึกษารูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Phufa Enterprise. สรุป World Drug Report 2022 2566 [updated 18 พฤษภาคม 2566. Available from: https://www.phufaresthome.com/blog/world-drug-report-2022-summary/.
2. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. New York: United Nations publication; 2023. สืบค้นจาก: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_SP.pdf.
3. กรมการแพทย์. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,: นนทบุรี; 2566.
4. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. SDG Updates | ภาพรวมสถานการณ์ยาเสพติดโลกกับผลกระทบที่มีต่อ SDGs 2565 [updated 12 มกราคม 2565. สืบค้นจาก: https://www.sdgmove.com/2021/05/20/recap-world-drugs-situation-and-implication-on-sdgs/.
5. ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. บริษัท ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด: กรุงเทพฯ; 2564. สืบค้นจาก: https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20211006504370196.pdf.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ สำนักปราบปรามยาเสพติด รายงานประจำปี 2564. สำนักปราบปรามยาเสพติด: กรุงเทพฯ; 2564
7. Phufa Enterprise. สถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย 2565 [updated 04 กรกฎาคม 2565. Available from: https://www.phufaresthome.com/blog/stat-of-drug-addict-in-thai/.
8. วนิดา สังข์หิรัญ. รายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสงขลา. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสงขลา; 2566 26 ธันวาคม 2566.
9. โรงพยาบาลสะบ้าย้อย. แบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re-accredit) การบำบัดรักษายาเสพติดของสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเท. จังหวัดสงขลา โอ; 2566.

10. จันทรา มณีฉาย, อัศว์ศิริ ลาปีอี, แย้มอิ่ม แ. การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2565:1-11.
11. ปรัชญานี คำเหลือ, พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง(Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(3):115-29.
12. ราศรี อาษาจิตร, สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน:กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอ ป่าติ้วจังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):244-57.
13. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันหาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งอำเภอมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(2):50-63.
14. อังกูร ภัทรากร, ธัญญา สิงห์โต, สำเนา นิลบรรพ์. การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญญารักษ์และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(2):305-16.
15. กิตติพงศ์ เจียมวิทยานุกูล, ผกาภรณ์ ยอดปลอด, ราวีชัย พฤทธิ์พหล, รุ่งนภา ปุณยานุเดช, วรมานลย์ บุณยโยธิน, วรันธร ศรีศิริ, et al. การนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2563.
16. ดาราวรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยาท, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, สุทธานันท์ กัลกะ, et al. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2566;17(1):108-27.
17. ธนพร ทองจูด. การศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
18. นัฐยา พานิชย์ดี. การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค(Telemedicine)โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):127-42.
19. Ahonle ZJ, Kreider CM, Hale-Gallardo J, Castaneda G, Findley K, Ottomanelli L, et al. Implementation and use of video tele-technologies in delivery of individualized community-based vocational rehabilitation services to rural veterans. Journal of Vocational Rehabilitation. 2021;55:227-33.
20. Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: Introduction and overview of the model. British Journal of Addiction. 1984;79(3):261-73.
21 Kruse CS, Lee K, Watson JB, Lobo LG, Stoppelmoor AG, Oyibo SE. Measures of Effectiveness, Efficiency, and Quality of Telemedicine in the Management of Alcohol Abuse, Addiction, and Rehabilitation: Systematic Review. J Med Internet Res. 2020;22(1):e13252.
22 Schutte J, Gales S, Filippone A, Saptono A, Parmanto B, McCue M. Evaluation of a telerehabilitation system for community-based rehabilitation. Int J Telerehabil. 2012;4(1):15-24.
23 Weintraub E, Seneviratne C, Anane J, Coble K, Magidson J, Kattakuzhy S, et al. Mobile Telemedicine for Buprenorphine Treatment in Rural Populations With Opioid Use Disorder. JAMA Network Open. 2021;4(8):e2118487-e.
24. วรพงษ์ สำราญทิวาวัลย์, ชาญชัย ธงพานิช, ธิติ อึ้งอารี, ธวัช ลาพินี, อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2562. Available from: http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/cbtx.pdf.

กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์

Nursing Care of Teenage Mother : A Case Study

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

เทวา นวเลิศปรีชา[1]
Teva Nawalertpreecha

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ได้นำแนวคิดและหลักการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎีการพยาบาล(King, I.M., 1981)และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นกรอบในการศึกษาดังกล่าว โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และญาติ ข้อมูลจากการมาฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดบุตร ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะรกติดแต่เมื่อแพทย์ล้วงรกแล้วก็สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้น มารดาวัยรุ่นกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น ได้รับการคุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant)เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทารกแรกคลอดแข็งแรงทั้ง 2 ราย ร้องเสียงดัง Active ดี หายใจสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การนัดตรวจหลังคลอดอีกภายใน 42 วันและการนำบุตรมาฉีดวัคซีน รวมวันนอนโรงพยาบาลรายแรก 3 วัน รายที่2 7 วัน จากการติดตามประเมินเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง มารดาวัยรุ่นตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองโดยมีสามีพร้อมกับมารดาตนเองช่วยดูแลที่บ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์

Abstract

This study was case study of pregnant teenage women. The objective is to study nursing care for pregnant teenage mothers who come to receive antenatal care services at the Primary and Integrated Care Unit, Rongkham Hospital, Kalasin Province. By comparing 2 case studies, nursing concepts and principles were applied with nursing theory (King, I.M., 1981) and theories related to mother-infant nursing, concepts of family and community participation, and home visits as a framework for the study. Data were collected from medical records, interviews with pregnant women and relatives, and data from 5 quality antenatal care visits, together with observation, determination of nursing diagnoses, nursing practice planning, and evaluation of nursing outcomes. Content data was analyzed.

The results of the study found that the two teenage pregnant mothers in the study cases had no complications during pregnancy until delivery. The second case had complications after delivery due to placenta attachment, but after the doctor removed the placenta, she was able to act correctly and had better self-care skills. The two teenage mothers in the study cases were able to act correctly and appropriately, had more confidence in raising their children, and received implants to prevent repeated pregnancy. Both newborns were healthy, cried loudly, were active, and breathed regularly. They were given advice on perineal wound care, breastfeeding, and a postpartum check-up within 42 days and brought their children for vaccinations. The first case was hospitalized for 3 days and the second case for 7 days. From the follow-up assessments after 3 postpartum visits, the teenage mothers intended to raise their children by themselves, with their husbands and their own mothers helping to take care of them at home.

Keywords: Nursing of pregnant teenage mothers

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ

บทนำ

กรมอนามัยได้กำหนดนิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึงจำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของหญิงอายุ15-19ปีหรือ10-14ปี ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ15-19ปี(Adolescent birth rate)เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปีพ.ศ.2573 โดยได้กำหนดให้การ ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ10-14ปีและ15-19ปีเป็นหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายที่3ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพแต่ยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าร้อยละของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า20ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ2559-2561เท่ากับร้อยละ11.44,19.44และ19.57ตามลำดับสำหรับในปีพ.ศ.2562ตั้งแต่เดือนตุลาคม2561-มกราคม2562มีมารดาอายุต่ำกว่า20ปีคลอดและแท้งบุตรจำนวน344คน ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ16.86(เป้าหมายไม่เกินร้อยละ14.5)[1] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ทั้งนี้เกิดจากวัยรุ่นบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศศึกษา ประกอบกับขาดการดูแลและชี้แนะในสิ่งที่เหมาะสมจากครอบครัว รวมถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้เยาวชนถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า เช่นสื่อในโลกอินเตอร์เน็ต สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การขาดวุฒิภาวะและทักษะในการควบคุมอารมณ์ทางเพศของตนเอง[2] การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อาจก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกอับอาย อาจนำไปสู่การทำแท้งหรือความขัดแย้งในครอบครัว ทารกถูกทอดทิ้งและเกิดปัญหาสังคมตามมาได้

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาวัยรุ่นและบุตร มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอด

2.เพื่อให้มารดาวัยรุ่นได้รับบริการวางแผนคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ขั้นตอนการศึกษา

1.เป็นการศึกษารายกรณีของมารดาวัยรุ่นโดยการเลือกมารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

2.รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและญาติ ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, แบบประเมินความเครียด(ST-5),แบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q)

3.ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารวิชาการต่างๆและแนวทางในการพยาบาลจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจอัลตราซาวด์

4.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

5.จัดทำแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นเพื่อการพยาบาลที่เข้าถึงแบบองค์รวม

6.เสนอแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบและร่วมกันแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

7.เสนอแนะการใช้แนวทางการพยาบาลมารดา

วัยรุ่นให้เจ้าหน้าที่ในแผนกทราบเพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

8.ติดตามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น

9.ประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นและให้ข้อเสนอแนะแก่ญาติ

10.จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

11. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
อายุ	16ปี	17 ปี
สถานภาพสมรส	อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส	อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส
อาชีพ	นักเรียน	รับจ้างทั่วไป
รายได้	ไม่มีรายได้ขอจากผู้ปกครอง	5,000-9,000/เดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ภูมิลำเนา	ต.เชียงใหม่อ.โพธิ์ชัยจ.ร้อยเอ็ด	ต.ร่องคำอ.ร่องคำจ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแลหลัก	ครอบครัวฝ่ายของสามี	มารดา
วันที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาล	2 พฤศจิกายน 2565	1 มีนาคม 2566
วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย	จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้	จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้
วันกำหนดคลอด	7 กรกฎาคม 2566 by U/S	24 ตุลาคม 2566 by U/S
น้ำหนักที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก / ส่วนสูง	44.8 กิโลกรัม/158 เซนติเมตร BMI 17.5(น้ำหนักน้อย/ผอม)	40.5 กิโลกรัม/150 เซนติเมตร BMI18(น้ำหนักน้อย/ผอม)

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	มารดาG1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 5wks ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนและขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เร็วเพราะญาติทางฝ่ายสามีเป็นบุคลากรสาธารณสุข ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีโรคทางพันธุกรรม หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มาก เพราะมารดาของตนเองยังยอมรับไม่ได้ที่ส่งให้มาเรียนต่อที่ต่างจังหวัดแต่ตนต้องมาตั้งครรภ์ขณะกำลังเรียนมัธยมต้น จึงต้องออกกลางคัน มารดาจึงไม่ได้ให้การเลี้ยงดูอีกต่อไป ให้มารดาสามีเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบแทน การตัดสินใสบางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของมารดาฝ่ายสามี ด้านโภชนาการ รับประทานอาหารได้น้อย ต้องปรึกษานักโภชนาการของโรงพยาบาลร่องคำเป็นผู้ให้คำแนะนำและจัดตารางอาหารให้ ด้านจิตใจมีความเครียดจากมารดาที่ไม่พึงพอใจในการตั้งครรภ์ของตน	มารดาG1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7+3 wks.มีอสม.ข้างบ้านแนะนำมาฝากครรภ์ น้ำหนักแรกรับ 40.5 กก. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 46กก.ให้ประวัติประจำเดือนขาดไม่แน่นอน มีอาการ วิงเวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนในตอนเช้า อสม.ข้างบ้านซึ่งเป็นญาติจึงแนะนำให้มาตรวจการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล บิดามารดาแยกทางกันตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เรียนอยู่ป.2 หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับยายตามลำพัง ก่อนตั้งครรภ์ยายที่อยู่ด้วยมาตลอดถึงแก่กรรม ปัจจุบันจึงไปอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีที่ต่างจังหวัดแต่มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้เคียงกับภูมิลำเนาเดิม โดยครอบครัวสามีเป็นผู้ดูแลหลัก หญิงตั้งครรภ์กับสามีที่เป็นวัยรุ่นเช่นกันได้ช่วยกันทำงานรับจ้างทั่วไปเพื่อลดรายจ่ายของครอบครัว เช่นปลูกมัน ดายหญ้า เป็นต้น ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก รับยาบำรุงครรภ์ ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ประวัติการแพ้ยา/อาหารและสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
ตรวจครรภ์	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ Symphysis pupis	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือ Symphysis pupis
พยาธิสภาพและอาการแสดง	หญิงตั้งครรภ์มีเปลือกตาซีด เล็บค่อนข้างซีด Hct = 37.5%	เปลือกตาซีดเล็กน้อย สีเล็บซีด Hct=30.2 %
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 2 พย.2565 Blood Group = A+ DCIP = Negative Glucose (ในปัสสาวะ) =Negative HBsAg= Negative HIV-Ab (Screening)-rapid = Negative Protein (ในปัสสาวะ)= Negative RH(D)Typing =Positive Syphilis =Negative CBC Basophils =0.30% Eosinophils =3.80% Hct =37.5 % Hemoglobin=12.4 g/dl Lymphocytes=24.80 % MCH= 28.0 pg MCHC=33.1 g/dl MCV= 84.7 fl Monocytes =8.60% Neutrophils=62.50% Platelets=351,000cell/ mm^3 R.B.C=4.43 10*6/ul W.B.C.=9,230 cell/ mm^3	วันที่ 1 มี.ค. 2566 Blood Group =A+ DCIP= Positive Glucose(ในปัสสาวะ) = Negative HBsAg= Negative HIV(Screening) –rapid= Negative Protein(ในปัสสาวะ)=Negative RH(D)Typing= Positive Syphilis= Negative CBC Basophils =0.30% Eosinophils =2.50% Hct= 30.2% Hemoglobin=9.9 g/dl Lymphocytes=25.80% MCH=21.6pg MCHC =32.8g /dl MCV=65.8 fl Monocytes =7.50% Neutrophils=63.90 % Platelets =269,000 cell/ mm^3 R.B.C=4.59 10*6/ul W.B.C 6,290 cell/ mm^3

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการวางแผนการพยาบาลและมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะรอคลอดระยะคลอด ระยะหลังคลอดและระยะจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบมล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1
<u>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะรอคลอด</u> **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นครรภ์แรกมีโอกาสการคลอดล่าช้า ข้อมูลสนับสนุน 1.มารดาวัยรุ่นบอกว่า ตนเองกลัวการคลอดบุตร 2.มารดาวัยรุ่น G1 P0A0 3.มารดาวัยรุ่น สีหน้ามีความวิตกกังวลและท่าทางไม่สุขสบาย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ทักทายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พูดคุยพร้อมสังเกตอาการด้วยท่าทางสุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย แสดงท่าทีสนใจและตั้งใจฟัง เมื่อมีการซักถาม 2. ขออนุญาตหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น/ให้เหตุผลก่อนการพยาบาล 3. ตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษากับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของร่างกายให้กับมารดาวัยรุ่นฟัง เพื่อให้คลายความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1
4.ประเมินความเครียด (ST-5) คะแนน 5/10 คะแนน **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้มารดาวัยรุ่นคลายความวิตกกังวลและมีภาวะเครียดลดลง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.มารดาวัยรุ่นให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาอย่างเต็มใจ 2.มารดาวัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและมีท่าทีผ่อนคลาย	4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้นอนพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ 5. ประเมินพร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร ได้ให้การพยาบาลต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด **การประเมินผล** 1.มารดาวัยรุ่นให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาพยาบาลด้วยความเต็มใจ 2.มารดาวัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีท่าทีผ่อนคลายและมีความพร้อมในการคลอดบุตร
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** ผู้คลอดและทารกมีโอกาสคลอดล่าช้าเนื่องจากครรภ์แรกอายุน้อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร บาง 25% ระดับส่วนนำ 0 2.การหดรัดตัวของมดลูก Interval (I)= 3 นาที Duration (D)=40วินาที Severity+2 3.ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกโดยให้ 5%D/N/2 1,000CC+Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr. 4.NST พบ Late decelerate FHS= 154 ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มดลูกหดรัดตัวแบบไม่คลาย น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ทารกเสียชีวิตจากการหดรัดตัวถี่และรุนแรงเกินไป **เกณฑ์การประเมินผล** 1. มดลูกหดรัดตัว Interval (I)=2-3 นาที 2. Duration (D)=40-60 วินาทีFetal heart sound =120-160 ครั้งต่อนาที	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.เตรียมยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ภายหลังเติมยาลงในน้ำเกลือให้เขย่าน้ำเกลือจนกระจายทั่ว เขียนป้ายติด ให้ชัดเจนด้วยหมึกสีแดง ในกรณีเติมในขวดที่เหลือควรเขียนจำนวนที่เหลือ ยาที่เติมและเวลาที่เติมยา 2.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา 3.อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจแนะนำผู้คลอดและญาติไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง 4.ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษาโดยพิจารณาจากการหดรัดตัวของมดลูก ห้ามฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยาเริ่มให้ยา 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที(2-3หยดต่อนาที ถ้าผสมยา 10 ยูนิตในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร) 5.ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ต้องเฝ้าดูการหดรัดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา ถ้าปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที 6.ปรับจำนวนหยดของยาทุกๆ15-30 โดยเพิ่มครั้งละ1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดรัดตัวดีคือ40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี ไม่ควรให้ยาเกิน 10 มิลลิยูนิตต่อนาที(12 หยดต่อนาที ถ้าผสมยา10 ยูนิตในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร) ถ้ายังหดรัดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์ อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ว่าจะปรับเพิ่มอีกหรือไม่ ถ้าปรับเพิ่มได้จะปรับไม่เกิน 20 มิลลยูนิตต่อนาที 7. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุกๆ 30 นาทีเป็นอย่างน้อยเพราะมดลูกหดรัดตัวแรงและถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก 8.ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เช่น มดลูกหดรัดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดรัดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 5 นาทีและรายงานแพทย์ ถ้าไม่ดีขึ้น 9.ถ้าผู้คลอดได้รับยามานาน ต้องให้การดูแลใกล้ชิดยิ่งขึ้น สังเกตอาการมดลูกแตกคุกคาม เช่นมีรอยวงแหวนแบนเดิล ผู้คลอดที่ได้รับยานานเกิน 24 ชั่วโมง ให้สังเกตภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะสารน้ำเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่าย แต่ส่วนใหญ่มักไม่ปล่อยให้การคลอดเนิ่นนานเกิน 24 ชั่วโมงเพราะอาจเกิดมดลูกแตกได้ **การประเมินผล** 1. มดลูกหดรัดตัว Interval (I)=2-3 นาที 2.Duration (D) 40-50 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contractionและวงแหวนแบนเดิล 3.FHS อยู่ในช่วง 138-140 ครั้งต่อนาที เต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังคลอด	**กิจกรรมการพยาบาล**

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ได้รับยากระตุ้นมดลูก 2.มารดาหลังคลอดเหนื่อยอ่อนเพลียเสียเลือดจากการคลอด 3.อัตราการเต้นของชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/69มิลลิเมตรปรอท **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50ซีซี/ชั่วโมง 2. มดลูกหดรัดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง 3. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง100/60-120/80มิลลิเมตรปรอท	1.ประเมินอาการและอาการแสดง วัดสัญญาณชีพทุก 15นาที /4ครั้ง 30นาที/2ครั้งและ 1 ชั่วโมง /1ครั้งจนกว่าจะปกติเพื่อประเมินการเสียเลือด 2.กระตุ้นและคลึงมดลูกทุก5 นาทีและสอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง 3.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกจากช่องคลอด 4.ตรวจดูแผลฝีเย็บ ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้าพบมีเลือดซึมบริเวณที่เย็บให้รายงานแพทย์ทราบ 5.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % D/N/2 1000 CC + Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr 6.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติ 7.ให้ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้คลอดสามีผู้คลอดและญาติ **การประเมินผล** 1.รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเลือดออกที่แผลฝีเย็บ 2.มดลูกหดรัดตัวดี คลึงได้กลมแข็งอยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ 3.อัตราการเต้นของชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที 4.ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท 5.เปลี่ยน pad 1 ผืน ชุ่ม pad ลุกนั่งไม่มีหน้ามืด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** 1.บ่นปวดแผล ปวดมดลูก ไม่กล้าขยับร่างกาย 2.มีแผลฝีเย็บบวมตึง/มดลูกหดรัดตัว/สีหน้าไม่สุขสบาย/พักผ่อนไม่ได้ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบรรเทาการปวดแผลฝีเย็บ/อาการปวดมดลูกลดลงกว่าเดิม **เกณฑ์การประเมิน** 1.คะแนนความปวดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3-5/10คะแนน 2.ไม่บ่นปวด/ปวดทนได้ 3.นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง 2. แนะนำท่านอนในท่าที่สบาย บรรเทาความเจ็บปวด เช่นแนะนำให้นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ ให้หมิบก้นก่อนนั่งเพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้นั่งบนหมอนรองก้น(หมอนโดนัท) ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆเพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลฝีเย็บ 3. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอดเพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 4. สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การเปลี่ยนท่านั่งท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น 5.แนะนำและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก ลดอาการปวดมดลูกและให้บริหารกล้ามเนื้อเชิงกรานโดยการขมิบช่องคลอด จะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี 6.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและประเมินอาการ พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา หรือเมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียง 7.พูดคุยให้กำลังใจ ช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง **การประเมินผล** 1.มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูกพอทน คะแนนปวด3/10 คะแนน 2.สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ เจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตร **ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดาหลังคลอดบอกว่าอุ้มบุตรไม่เป็น อาบน้ำบุตรไม่เป็น เช็ดตาและสะดือลูกไม่เป็น 2.จากแบบประเมินความรู้ก่อนให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองตอบได้ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50 **วัตถุประสงค์**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้มารดาวัยรุ่นในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดดังนี้(โรงเรียนพ่อแม่หลังคลอด) 1.1 การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน ควรพักผ่อนให้มากจนกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรภ์ การนอนพักผ่อนควรนอนกลางวันประมาณ1-2 ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาบุตรหลับ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆทำงานบ้านเบาๆได้แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่าหักโหม ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรงหลังจาก 6 สัปดาห์จึงจะทำงานได้ตามปกติ 1.2การรับประทานอาหารให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1
มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1.มารดาหลังคลอดสามารถตอบคำทวนกลับเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง 2.ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดและส่งเสริมสุขภาพทารกผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	ของร่างกาย อาหารที่ควรรับประทานเช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ 1.3 การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ2ครั้ง สามารถสระผมได้ตามปกติ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกควรทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดและล้างทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เช็ดให้แห้ง ถ้ายังมีน้ำคาวปลาอยู่หมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม 1.4 สอนและนำฝึกปฏิบัติ วิธีการให้ทารกดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีโดยเน้นเทคนิคการจัดท่ามารดาและทารกอย่างถูกต้องเหมาะสม เทคนิคการเอานมเข้าเต้า(latch on)และแนะนำวิธีประเมินว่าทารกอมหัวนมและดูดนมได้ถูกต้องหรือไม่คือทารกต้องอมได้ลึกจนแนวเหงือกของทารกอยู่บนลานหัวนมของมารดาลิ้นวางใต้ลานนมขณะที่ริมฝีปากทั้ง 2 ด้านคือด้านบนและด้านล่างบานออกอยู่รอบเต้านม การเคลื่อนไหวของขากรรไกรชัดเจนบริเวณกกหู แก้มไม่บุ๋มขณะดูดนม สอนวิธีอุ้มบุตรอย่างถูกวิธี 4 ท่าคือ 1.ท่าลูกนอนขวางบนตัก(Cradle hold) 2.ท่าลูกนอนขวางบนตักแบบประยุกต์(Cross Cradle hold) 3. ท่าอุ้มด้านข้าง (Football hold) 4. ท่านอน (Side lying) 1.5 การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอดโดยเน้นการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร แนะนำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant) 1.6 แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนครบนัดตรวจหลังคลอด ได้แก่ไข้สูงติดต่อกัน 2 วัน ปวดแผลฝีเย็บมาก นั่งหรือเดินไม่ได้ ปัสสาวะแสบขัด น้ำคาวปลาที่เคยออกมาเป็นสีจางแล้วกลับออกมาเป็นเลือดสีเข้มมากขึ้น ปริมาณเลือดออกมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น 2.นัด 1 สัปดาห์ เพื่อดูแผลฝีเย็บและการไหลของน้ำนม นัดตรวจหลังคลอดไม่เกิน 42 วัน 3.อธิบายและสาธิตและให้แผ่นพับ/แฟ้มความรู้ในเรื่องทักษะการดูแลบุตร ดังนี้ การเช็ดตา การสระผม การเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือและร่างกายของบุตรหลังการขับถ่าย การไล่ลมหลังให้นมบุตร การดูแลผิวหนัง การห่อตัวบุตร และการได้รับภูมิคุ้มกันในช่วงอายุต่างๆและการดูแลหลังฉีดวัคซีน 4.ประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดและทวนทักษะการดูแลบุตร ได้แก่การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือบุตร การห่อตัว การอุ้ม การจับเรอ ผ่านการเช็คกิจกรรมการพยาบาล การวางแผนก่อนจำหน่าย **การประเมินผล** 1.ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดได้ร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ 2.ทวนทักษะและปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรได้ถูกต้อง 3.มารดาน้ำนมไหลดี สามารถอุ้มบุตรดูดนมได้ถูกวิธี ประเมิน latch score ได้ 10/10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะจำหน่ายกลับบ้าน **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบอกว่า ขอคุมกำเนิดหลังคลอด 2.มารดาของมารดาวัยรุ่นอายุ 1๘ ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร **เกณฑ์การประเมินผล** มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนกลับบ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. การให้ความรู้รายบุคคลเรื่องการคุมกำเนิดมีกี่แบบ อธิบายข้อดีและข้อควรระวัง 2. แนะนำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant) 3. ดูแลประสานคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อรับการดูแลวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน 4. ติดตามและดูแลในการให้มารดาวัยรุ่นวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน

สรุปผลกระบวนการทางการพยาบาล

จากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญเหมือนกันทั้ง 6 ข้อ ดังนี้คือ

1. มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นครรภ์แรกและไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตร

2. ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก

3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบในมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นกรณีศึกษารายที่2 ที่มีภาวะรกค้างร่วมด้วยในระยะแรก blood loss 400 mlซึ่งแพทย์ได้ล้วงรกและให้การรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกปลอดภัย

4. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดฝีเย็บและปวดมดลูก

5. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตร

6. ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการวางแผนครอบครัวกึ่งถาวรโดยคุมกำเนิดชนิดฝัง (Implant) ก่อนกลับบ้าน การวางแผนการพยาบาลจากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่นทั้ง2 รายนี้ ได้นำแนวคิดและหลักการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง[3] ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ กระบวนการพยาบาลคือในระยะรอคลอดมีกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้มารดาวัยรุ่นคลายความวิตกกังวล ระยะคลอดและหลังคลอดร่วมกันตัดสินใจ เห็นได้จากรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด การเบ่งคลอด การเลี้ยงดูบุตร การให้นมมารดา ตลอดถึงการตัดสินใจการเลือกวิธีคุมกำเนิดแบบแบบยาฝังซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ[4]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการป้องกันปัญหาและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำ ควรให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้กับมารดาวัยรุ่นทุกคน ก่อนจำหน่ายมารดาวัยรุ่นกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดทักษะและความรู้ในการคุมกำเนิด

2. ด้านการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ควรให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและสอบถามความต้องการในการกลับไปศึกษาต่อ เช่นการศึกษานอกระบบ(กศน.) ไปเรียนที่สถานศึกษาอื่น เป็นต้น

3. ด้านการสนับสนุนภายในชุมชน การทำกลุ่มช่วยเหลือ(group support) จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาวัยรุ่นและสร้างเครือข่ายความร่วมมือของกลุ่ม ต่างๆ เสริมสร้างศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัวหรือหน่วยงานที่ให้บริการสังคมสำหรับวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันปัญหาวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560).สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในเด็กและเยาวชน.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
2. ภัทรวลัย ตลึงจิตร. (2560).การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น(Adolescent pregnancy).ในประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์,กุศล รัศมีเจริญและตรีภพ เลิศบรรณพงษ์(บรรณาธิการ),ตำราสูติศาสตร์(น.245-251).กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
3. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โควาวิสารัช,ประกายดาว พรหมประพัฒน์และจันทกานต์ กาญจนเวทางค์ (บรรณาธิการ).(2558).คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม กรุงเทพฯ.
4. นพวรรรณ ศรีวงค์พานิช. (2557).คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น.นนทบุรี:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Development of Emergency patient Referral system at Tha Uthen Hospital Nakhon Phanom Province

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

สุรสิทธิ์ อุดมเดชาเวทย์[1]
Surasit Udomdechawate[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ สภาพปัญหาปัจจุบันของระบบส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 30 คน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในช่วงที่ดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาใช้ Paired T-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาสภาพการณ์ พบว่า บุคลากรมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ไม่เพียงพอ ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ไม่พร้อมใช้งาน ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รถพยาบาลไม่พร้อมใช้งาน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับแพทย์ได้ การประสานงานส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลใช้เวลานาน การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมของรถพยาบาล ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ระบบการสื่อสารทันสมัยและรวดเร็ว กระบวนการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและหลังส่งต่อได้มาตรฐาน ระบบการสนับสนุนและการประสานงานการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การอบรมพัฒนาบุคลากร พัฒนาคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การติดตั้งระบบ Telemedicine Ambulance จัดเตรียมครื่องมือทางการแพทย์และยาที่จำเป็น จัดระบบการให้คำปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พัฒนาแบบตรวจเครื่องมือสำคัญ การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, การส่งต่อ, ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ABSTRACT

The purposes of this participatory action research were: 1) to study the current situation and problems of the emergency patient referral system, 2) to develop the emergency patient referral system, and 3) to evaluate the developed the emergency patient Referral system. The participants comprised 30 health care providers were selected by purposive sampling and emergency patients who were referred to hospitals with higher- level during the research period. The research instruments were used focus group discussion questions. Questionnaires were used for evaluating satisfaction with the application of the emergency patient referral system. The content validity was verified by three experts, and their IOC values were between 0.67- 1.0. The Cronbach's alpha reliability coefficient of questionnaires was 0.82. The qualitative data were analyzed by content analysis, and statistical devices used for research data analysis were mean and standard deviation. Comparison of satisfaction before and after development was used Paired T-test

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ; โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

The research findings were as follows. Knowledge, skills, and experience of personnel were inadequate. No planning of human resource development continuously. Equipment and medical supplies unavailable, unclear guidelines, ambulances were not ready for use, In cases where the patient's symptoms change during transfer and they are unable to communicate with the doctor , and delayed coordination of referrals between hospitals. The development of the emergency patient referral system consisted of 1) Input factors: personnel readiness, ambulance readiness, equipment readiness, medical equipment readiness, modern and fast communication systems, standard pre-referral, during and post-referral care processes, and efficient referral support and coordination systems. 2) Process: personnel training, emergency patient referral manual development, installation of a telemedicine ambulance system, preparation of necessary medical equipment and medicines, consultation and assistance system when problems occur in patient care during referral, equipment checklist, and preparing readiness of emergency patients and relatives.

The result after the developed the emergency referral system revealed that overall personnel satisfaction before the development was at a moderate level. After the development, personnel were at the highest level of overall satisfaction, significantly higher than before the development of the emergency patient referral system at a statistical level of .05.

Keywords : System development, Referral system, Emergency patient

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญรวมทั้งทำให้เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรและเกิดความทุกข์ทรมาน พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน[1] ให้ความคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้น ก่อนส่งต่อและการส่งต่อ ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วย โดยต้องดำเนินการส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[2] ในการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยด้วยยานพาหนะ และต้องจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคและความรุนแรงไปพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้มีความปลอดภัยในระหว่างส่งต่อ มีอุปกรณ์ช่วยชีพที่จำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว ต้องจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยทันที ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยออกแบบเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่มีการกระจายหน่วยบริการต่างๆ ให้สอดคล้องกับระดับความเฉียบพลันของอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีการจัดระดับการส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง[3]

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานครอบคลุม เป็นธรรมและต่อเนื่อง ระบบส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เป็นกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าหรือมีขีดความสามารถและความพร้อมสูงกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย (Safe transfer) โดยการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตจะต้องดำเนินการโดยทีมงานที่คุณภาพ

การจัดทีมที่เหมาะสมรวมทั้งจัดพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รถพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมายังพบประเด็นปัญหาต่างๆ เป็นระยะ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรทั้งด้านบริหาร บริการและระบบหลัก ประกันสุขภาพ จึงเกิดปัญหาสืบเนื่องมาและพบคุณภาพของระบบการดูแลรักษาพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่างๆไม่เชื่อมโยง การส่งต่อยังติดขัดทั้งเรื่องการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและสถานพยาบาลปลายทาง การติดต่อสื่อสารใช้เวลาในการติดต่อนาน รถพยาบาลและพนักงานขับรถไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนอัตรากาลัง ด้านการจัดการระบบข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยยังมีความไม่ชัดเจนก่อเกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน มีปัญหาในการปฏิบัติซึ่งความขัดแย้งบางประเด็นก็อาจทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดสูงขึ้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้น[3]

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละระยะล้วนแต่มีความสำคัญเนื่องจาก หากเริ่มมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนั่นหมายถึงทรัพยากรในด้านต่างๆจะถูกจำกัด ความรู้ของบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดทักษะปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ การเตรียมพร้อมของผู้ป่วยและเครื่องมือไม่มีประสิทธิภาพ ล้วนมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมความพร้อม การบริหารจัดการเป็นระบบ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพปลอดภัย บุคลากรมีมั่นใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง[3]

โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีข้อจำกัดที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น เกินศักยภาพในการบริการด้านการวินิจฉัย/รักษา การขาดเครื่องมือทางการแพทย์ ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือการทำหัตถการที่มีความซับซ้อนที่เกินความสามารถทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast tract) จะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ระยะทาง 26 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทาง 30 นาที แต่ในผู้ป่วยช่องทางด่วนพิเศษ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) จะต้องส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลท่าอุเทนไปยังโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ระยะทาง 110 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะทางค่อนข้างไกล อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยขณะส่งต่อได้ ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ อีกทั้งจำเป็นต้องมีรถพยาบาลที่ได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่มีคุณภาพ พร้อมใช้ในการนำส่ง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจาก สถิติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ปี ย้อนหลัง[4] ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีการส่งต่อ 959, 897 และ792 ครั้ง ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ 1) สาย ICD/ ET Tube หลุด 1, 1 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ 2) อุปกรณ์ ไม่พร้อมใช้ (suction/ infusion pump) 4, 3 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ 2, 2 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และที่ผ่านมาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลใช้วิธีการโทรศัพท์เพื่อประสานส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปลายทาง เมื่อโรงพยาบาลปลายทางตอบรับการส่งต่อจะมีการใช้วิธีการเขียนใบส่งตัวผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและควรได้รับการดูแลต่อเนื่องอีกครั้ง ส่งผลให้การประสานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นไปอย่างล่าช้าและขาดประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์สาเหตุด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อมาจากหลากหลาย

หน่วยงานและมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย มีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะอยู่บนรถพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์บนรถพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยต้องมีความรู้และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพในขณะส่งต่อ โดยผู้ป่วยจะปลอดภัยพ้นวิกฤตนั้นต้องให้การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ด้านกระบวนการ พบว่า ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่ออย่างชัดเจน ทำให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง และไม่ครอบคลุม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องชัดเจนและทันสมัย แนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลบันทึกและเฝ้าระวังอาการสำคัญและยังช่วยให้การตัดสินใจของพยาบาลในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขั้นตอนการประสานงานและการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินยังไม่มีประสิทธิภาพ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ รถพยาบาลไม่พร้อมใช้งานสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทำให้ ระบบการรับส่งผู้ป่วยมีความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด[5] การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน วิธีการดำเนินงานระบบการรับและส่งต่อที่ชัดเจนทำให้การส่งต่อประสิทธิภาพ[6] การฝึกอบรมเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแก่พยาบาลส่งต่อ การกำหนดข้อบ่งชี้การใช้รถพยาบาลและการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย[7] การมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลส่งต่อที่ชัดเจน มีการแบบบันทึกทางการพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในระบบส่งต่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วมากยิ่งขึ้น[8] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดแนวนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยมีการกำหนดขั้นตอนการส่งต่อ ประกอบด้วย ขั้นตอนดูแลก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ ก่อนสิ้นสุดการส่งต่อและสิ้นสุดการส่งต่อโดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานก่อนส่งต่อ มีการสื่อสารประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางกับโรงพยาบาลปลายทางอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างคู่มือการปฏิบัติงานและประสานงานในระบบส่งต่อขึ้น จะเห็นได้ว่าในการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการมุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยหรือมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ทำให้ได้แนวทางการปฏิบัติงาน[3]

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการจัดทำแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริหารและบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยแนวทางพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เกิดความเป็นธรรม และความต่อเนื่องในการรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและการส่งผู้ป่วยกลับไปรับบริการยังสถานบริการระดับต้นจนผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวเป็นการวางแนวทางพัฒนาในเชิงระบบที่นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเชื่อมโยงกันทั้งในระดับกระทรวง เครือข่ายเขต โดยมีเป้าหมายคือ “ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย”[3]

ดังนั้นเพื่อลดปัญหาช่องว่างต่างๆดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและจำเป็นของโรงพยาบาลท่าอุเทนในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน โดยพัฒนาจากการทบทวนระบบส่งต่อแบบเดิมของโรงพยาบาล และคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยของ กระทรวงสาธาณสุข[9] งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนาระบบส่งต่อและประเมินผล ทั้งนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

ลดปัญหาระบบส่งต่อในปัจจุบัน และเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสภาพการณ์ สภาพปัญหาปัจจุบันของระบบส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยระยะเวลาดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนเมษายน 2567 - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้แก่ แพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 24 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในช่วงที่ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ สภาพปัญหาปัจจุบันของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนมที่พัฒนาขึ้น

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งสองฉบับตามวิธีการวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คือ 5 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุดจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด[9]

การแปลผลคะแนนใช้หลักเกณฑ์ ดังนี้[9]

คะแนน 1.00 – 1.50 =พึงพอใจระดับน้อยที่สุด
คะแนน 1.51 – 2.50 =พึงพอใจในระดับน้อย
คะแนน 2.51 – 3.50 =พึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนน 3.51 – 4.50 =พึงพอใจในระดับมาก
คะแนน 4.51 – 5.00 =พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนา ใช้ Paired T-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 022/67 วันที่อนุมัติ 18 เมษายน 2567

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย แหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1.ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงาน ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของในปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคของการส่งต่อตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และหลังส่งต่อ ความพร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วย ความพร้อมของรถฉุกเฉินและพนักงานขับรถฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนหาแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และสร้างเครื่องมือวิจัยตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบเครื่องมือ

3. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลท่าอุเทน และจัดประชุม แจ้งให้รับทราบถึงปัญหาเบื้องต้นเพื่อหาแนวทางการพัฒนา

5. เสนอหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานและบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อดำเนินการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมวิจัย นัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ขั้นตอนในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน ใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยของ Kemmis & McTaggart[10] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์ สภาพปัญหาปัจจุบันของระบบส่งต่อ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ รถพยาบาล แนวทางปฏิบัติ 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยแก่โรงพยาบาลปลายทาง การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล 3) ผลลัพธ์ (Output) ได้ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินนำไปใช้ ปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำประเด็นปัญหาที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงาน ออกแบบกระบวนการพัฒนาและวางแผนปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรก่อนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 กระบวนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการพูดคุยกับผู้ร่วมวิจัยเป็นระยะๆเพื่อเข้าสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไปโดยมีจุดเน้นในการติดตามเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานต่อไป หลังดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ ปรับปรุง แก้ไข พัฒนาต่อเนื่องจนได้ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล สรุปติดตามประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

โดยการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรและสรุปรายงานอุบัติการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกครั้งของหน่วยงาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบัน

1.1 ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความรู้ทักษะและประสบการณ์ไม่เพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลปลายทาง เช่น การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยฉุกเฉิน การปฏิบัติการช่วยชีวิตฉุกเฉิน การใช้อุปกรณ์บนรถพยาบาล รวมทั้งไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง บุคลากรจึงขาดความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอเมื่อมีกรณีส่งต่อผู้ป่วยพร้อมกัน

1.2 ด้านอุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ พบว่า ไม่พร้อมใช้งาน ไม่เพียงพอ เก่าและชำรุด ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ทันสมัย เช่น สายออกซิเจน สายดูดเสมหะ อุปกรณ์ใช้แล้วยังไม่ได้จัดมาทดแทน หาอุปกรณ์เครื่องมือไม่พบ แบตเตอรี่หมด รวมทั้งไม่มีการเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมก่อนนำส่ง

1.3 ด้านกระบวนการ พบว่า ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขั้นตอนการปฏิบัติไม่เหมือนกัน ไม่มีแนวทางการจัดอัตรากำลังบุคลากรในการส่งต่อที่ชัดเจน กระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่เหมาะสมและมีอาการทรุดลงระหว่างนำส่ง การเตรียมการส่งต่อล่าช้า ไม่มีแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะนำส่ง

1.4 ด้านรถพยาบาล พบว่า รถพยาบาลมีไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่ครบและไม่ได้มาตรฐาน ขาดความชัดเจนในการจัดลำดับบริการเมื่อมีความต้องการใช้รถพร้อมกัน

1.5 ด้านระบบการสื่อสาร พบว่า การส่งต่อติดขัดเนื่องจากการสื่อสารใช้เวลานาน ขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างส่งต่อกับแพทย์เจ้าของไข้กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

1.6 ด้านระบบการสนับสนุนและการประสานงาน พบว่า การประสานงานส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลใช้เวลานาน การตามรถส่งต่อล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ระบบขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินไม่ชัดเจน

1.7 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและความคาดหวังต่อการพัฒนาระบบ ผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ควรมีการพัฒนาระบบให้มีมาตรฐาน รวดเร็ว และทันสมัยจัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือและรถพยาบาลที่ทันสมัย มีการส่งต่อที่ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่”

“ควรจัดทำแนวทางในการส่งต่อที่ชัดเจน ปฏิบัติตามได้ง่าย มีการบันทึกอาการ และเตรียมผู้ป่วยก่อนนำส่งพร้อมเอกสาร”

“รถพยาบาลมีความพร้อม ควรมีการตรวจเช็คสภาพรถ บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรวจเช็คเครื่องมือให้พร้อมใช้ พนักงานขับรถมีความพร้อม ขับรถด้วยความระมัดระวัง ปฏิบัติตามกฎจราจร มีอุปกรณ์จำเป็นที่ทันสมัย ควรมีระบบตรวจจับความเร็ว มีที่นั่งที่เหมาะสม”

“มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย”

“การประสานการส่งต่อได้รวดเร็ว เพิ่มช่องทางการสื่อสารในรถพยาบาล เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน นำข้อมูลการวิเคราะห์สภาพการณ์มาวางแผนพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน มีองค์ประกอบการพัฒนาดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่

1.1 ความพร้อมของบุคลากร มีศักยภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ

1.2 ความพร้อมของการจัดบริการรถพยาบาลให้มีเพียงพอ

1.3 ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น ยาและเวชภัณฑ์

1.4 ระบบการสื่อสารทันสมัยและรวดเร็ว

1.5 กระบวนการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและหลังส่งต่อที่ได้มาตรฐาน

1.6 ระบบการสนับสนุนและการประสานงานการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

2.กระบวนการ (Process) การปฏิบัติตามแผนการพัฒนาระบบส่งต่อ ดังนี้

2.1 พัฒนาบุคลากรโดยจัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในเรื่องการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ แนวทางการส่งต่อที่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย[11]

2.2 พัฒนาคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าอุเทน โดยอ้างอิงจากคู่มือแนวทางการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ส่งต่ออย่างปลอดภัย[12]

2.3 การติดตั้งระบบ Telemedicine Ambulance เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยบนรถแบบ Real-time ติดตั้งอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตที่สำคัญ เช่น เครื่อง Defibrillator Ventilator เครื่องวัด BP monitor และเครื่อง Infusion pump และการจัดเตรียมและเก็บรักษายาฉุกเฉินที่จำเป็นต้องใช้ขณะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.4 จัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ

2.5 พัฒนาแบบตรวจเช็คการดูแลเครื่องมือสำหรับช่วยชีวิตในรถพยาบาลและตารางกำหนดการตรวจเช็คเครื่องมือสำคัญ

2.6 พัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ได้มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความพร้อมและปลอดภัยในการส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยมีการชี้แจงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยถึงความจำเป็นและเหตุผลที่ต้องส่งต่อ รวมทั้งการให้คำแนะนำในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลายทาง

3. ผลลัพธ์ (Output) ได้ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น นำไปใช้ในการปฏิบัติจริงในการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยงาน

4. การป้อนกลับ (Feedback) สังเกตและติดตามการปฏิบัติตามระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น การสะท้อนผลการปฏิบัติ พบว่าระยะแรกมีการสื่อสารในการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรบางส่วนสับสนในแนวทางปฏิบัติ ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดยังปฏิบัติแบบเดิมและไม่ปรับเปลี่ยน มีความคิดเห็นว่าการใช้ระบบ Tele-Ambulance เหมือนถูกจับผิด เกิดความไม่พึงพอใจ ต่อต้าน แต่ส่วนใหญ่เห็นประโยชน์เนื่องจากแพทย์สามารถเห็นอาการของผู้ป่วยขณะส่งต่อและสั่งการรักษาได้ทันท่วงที ช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจในการนำส่ง จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดประชุมปรึกษาหารือผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งเพื่อทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมวิจัยในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจตรงกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาทำให้การดำเนินงานราบรื่นไปด้วยดี

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประเมินจากรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานและประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

3.1 สรุปรายงานอุบัติการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า เดือนเมษายน 2567 มีการส่งต่อ 18 ครั้งเสียชีวิตที่โรงพยาบาลปลายทาง 1 ราย เดือนพฤษภาคม 2567 มีการส่งต่อ 43 ครั้ง เข้าเกณฑ์ STEMI fast tract เพื่อทำ PCI 1 ครั้ง ส่งสำเร็จทุกราย ไม่พบอุบัติการณ์ เดือนมิถุนายน 2567 มีการส่งต่อ 38 ครั้ง เข้าเกณฑ์ STEMI fast tract เพื่อทำ PCI 1 ครั้ง ส่งสำเร็จทุกราย ไม่พบอุบัติการณ์ เดือนกรกฎาคม 2567 มีการส่งต่อ 43 ครั้ง เข้าเกณฑ์ STEMI fast tract เพื่อทำ PCI 2 ครั้ง ส่งสำเร็จทุกราย ไม่พบอุบัติการณ์ เดือน

สิงหาคม 2567 มีการส่งต่อ 33 ราย เข้าเกณฑ์ STEMI fast tract เพื่อทำ PCI 1 ครั้ง พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นระหว่างส่งต่อแพทย์สั่งการรักษาทาง Telemedicine Real-time monitoring ให้พยาบาลส่งต่อใช้เครื่อง Defibrillator shock 2 ครั้ง และขอรับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อ CPR ผลการรักษาคือผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

3.2 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรที่ปฏิบัติการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.39, S.D.= 0.21) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความสะดวกและความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยและผู้ใช้ระบบส่งต่อมีความเหมาะสม มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ($\overline{X}$=3.2, S.D.=0.407) และ ($\overline{X}$=3.2, S.D.= 0.407) ตามลำดับ หลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.79 , S.D.= 0.10) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ความทันสมัยของอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารทำให้ปฏิบัติงานอย่างมั่นใจ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบ telemedicine Real- time monitoring บุคลากรมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$=5.00 , S.D.= 0.00) ซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรผู้ให้บริการโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Pair t-test (N=30)

ความพึงพอใจ	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อ	3.39	0.21	- 33.329	0.000*
หลังการพัฒนาระบบส่งต่อ	4.79	0.10		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพการณ์ปัญหาของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบัน พบว่า ด้านบุคลากรมีความรู้ทักษะและประสบการณ์ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้านอุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ไม่พร้อมใช้งาน ด้านกระบวนการส่งต่อไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะนำส่ง ด้านรถพยาบาลไม่พร้อมใช้งาน เครื่องมืออุปกรณ์ไม่ครบและไม่ได้มาตรฐาน ด้านระบบการสื่อสารใช้เวลานาน ขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างส่งต่อกับแพทย์เจ้าของไข้กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ด้านระบบการสนับสนุนและการประสานงานส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลใช้เวลานาน การตามรถส่งต่อล่าช้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และระบบขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินไม่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้ จึงได้เห็นควรพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้ตามมาตรฐาน ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน[3] ได้กำหนดแนวทางพัฒนาระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล เริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลต้นทาง การประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง การจัดทรัพยากรในการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและญาติ การดูแลระหว่างส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยแก่สถานพยาบาลปลายทาง เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในการส่งต่อที่ได้มาตรฐานวิชาชีพและมีความปลอดภัยไปยังสถานพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพเหมาะสม อย่างทันท่วงที

2. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ ความพร้อมของการจัดบริการรถพยาบาลให้มีเพียงพอ ความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ระบบการสื่อสารทันสมัยและรวดเร็ว กระบวนการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและหลังส่งต่อที่ได้มาตรฐาน ระบบการสนับสนุนและการประสานงานส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรโดยจัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าอุเทน การติดตั้งระบบ Telemedicine Ambulance เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยบนรถแบบ Real-time และอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิต การจัดเตรียมยาฉุกเฉิน จัดระบบการให้คำปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พัฒนาแบบตรวจเช็คการดูแลเครื่องมือในรถพยาบาล เตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติโดยการให้ข้อมูลชี้แจงถึงความจำเป็นและเหตุผลที่ต้องส่งต่อ 3) ผลลัพธ์ (Output) ได้ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ[5] ได้พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร พบว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรดูแลระหว่างส่งต่อ ความพร้อมของรถพยาบาล อุปกรณ์บนรถ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวล มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีช่องทางให้คำปรึกษาและการประสานแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพเหมาะกับความเจ็บป่วย และจากการศึกษาของจักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์ และคณะ[7] ที่ได้พัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบ Mobile ICU มี 10 องค์ประกอบ ได้แก่ รถที่มีความปลอดภัยในการนำส่งผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์และยาอย่างเพียงพอและตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกวัน พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการส่งต่อผู้ป่วย กำหนดขั้นตอนการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและเมื่อถึงปลายทาง จัดเครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบ Real time Telemedicine เป็นต้น ผลการประเมินคุณภาพการส่งต่อหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.5 เป็นร้อยละ 98.78 และไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิต

3. ผลการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ความพึงพอใจของบุคลากรก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา สังข์อินทร์และคณะ[5] พบว่าหลังการพัฒนา ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจรความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก และการศึกษาพรพิไล นิยมถิ่น[6] ที่พบปัญหาการบันทึกการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้มาตรฐานซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างส่งต่ออย่างหนึ่ง มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลด้อยลง หลังการพัฒนาการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นใหม่ พบว่าคุณภาพการส่งต่อมากขึ้นกว่าเดิมและพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกมีความพึงพอใจมากขึ้นก่อนการพัฒนาในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ครั้งนี้ เนื่องจากในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยคาดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการส่งต่อการรักษาอย่างดีที่สุดและมีความปลอดภัย ทำให้โรงพยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในทุกๆด้าน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจึงได้มีการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร กระบวนการดูแล

ก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อและหลังส่งต่อ ยานพาหนะที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการสื่อสารที่ทันสมัย การประสานส่งต่อที่รวดเร็ว เพื่อให้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัย และลดการเสียชีวิตลงได้

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

1.2.ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ควรมีการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2.2 ควรศึกษาพัฒนารูปแบบสมรรถนะของพยาบาลส่งต่อสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินรายโรค

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551. เข้าถึงจาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2551/A/044/1.PDF
2. กระทรวงสาธารณสุข ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ. 2545 เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เข้าถึงจาก http://www.msdbangkok.go.th/6guidework/2/4.pdf
3. กมลทิพย์ แซ่เล้า และคณะ, (บก) การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ; 2557
4. โรงพยาบาลท่าอุเทน ข้อมูลสถิติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ; 2566
5. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2563; 8(2) : 94-104
6. พรพิไล นิยมถิ่น ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2561; 26(3) : 135-143
7. จักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์ และคณะ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 37(2) : 88-97
8. ปารินันท์ คงสมบูรณ์ และคณะ การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในระบบส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์. วารสารกองการพยาบาล 2566; 50(2) : 45-59
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์ ; 2556
10. Kemmis, S & McTaggart, R.The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University ; 1988
11. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เข้าถึงจาก https://www.don.go.th/Information_news/1347505.pdf
12. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย.; 2562

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Model of Health Promotion with Nursing Innovations with Community Participation to support the Elderly society of Ban Yang Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province

(Received: November 21,2024 ; Revised: December 18,2024 ; Accepted: December 24,2024)

สุดา ทองทรัพย์[1] **สุพิน สุโข**[1]
Suda Thongsapaya[1] Supin Sukho[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 63 คน ซึ่งกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมพยาบาล ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) กำหนดแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศสอบถาม ผลการดำเนินงาน และ 6) ประชุมสรุปผลการดำเนินงานพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และ 3) กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.14, SD = 0.82) ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังดำเนินการพบว่า มีระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 1.77, SD = 0.59) ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุหลังดำเนินการพบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไปในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 76.31, SD = 10.19) ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการพบว่า คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 83.61, SD = 8.90) ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.28, SD = 0.62) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.36, SD = 0.57)

คำสำคัญ: รูปแบบ, สร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research was done in the form of action research. The purpose of this research is to model of health promotion with nursing innovations with community participation to support the elderly society of ban yang subdistrict, mueang district, Buri Ram province. The sample group consisted of 63 elderly people. The activities that were used to model of health promotion with nursing innovations followed the technique of participative planning process and AIC to analyze the data. This was done using descriptive statistics, consisting of frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and analyzing qualitative data with content analysis.

The results of the research revealed that the operation process according to the health promotion model of the elderly, including community participation, consisted of six steps. The steps are: 1) studying the basic information and analyzing the area context 2) organizing workshops and planning meetings 3) formulating an action plan 4) implementing the plan 5) supervising and asking for results 6) meeting to summarize the results of the operations It

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding author: Supin Sukho; Email: jssukho@gmail.com

was found from the study that the health promotion model of the elderly in the community consisted of three activities, namely: 1) Health promotion activities for the elderly 2) activities to transfer knowledge to the community 3) morale building activities for the elderly.

The results of the assessment included the factors of the involvement of stakeholders, the general quality of life, and the quality of life of the elderly. Following the research operation, it was found at the level of involvement of the involved parties was at a moderate level (Mean = 3.14, SD = 0.82). The level of knowledge of those giving care to the elderly after carrying out the activities was at a good level (Mean = 1.77, SD = 0.59). The results for the overall quality of life of the elderly after carrying out the activities was also found to be moderate (Mean = 76.31, SD = 10.19). The quality of life for the elderly after participating in the activities was also found to be moderate (Mean = 83.61, SD =8.90). Finally, the overall level of satisfaction of the participants was moderate (Mean = 3.28, SD = 0.62), and for the elderly participants was also moderate (Mean = 3.36, SD = 0.57).

Keywords: Model, Health promotion, Elderly people, Participation of communities

บทนำ

สถานการณ์โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลงแต่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นจะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ”[1]สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งปี พ.ศ. 2540 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.4 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2563[2] และจากข้อมูลสถิติจำนวนประชากรจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 291,386 คน คิดเป็นร้อยละ 18.55 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์อีกไม่กี่ปีข้างหน้า[3]

สืบเนื่องมาจากทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร และปัญหาที่ตามมาจากการเพิ่มประชากรสูงอายุมากขึ้นเช่น ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสมรรถภาพของสุขภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมไปถึงการสูญเสียบทบาททางสังคม และสถานภาพทางสังคม โดยจะพบปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ที่ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันมีความสามารถลดลงเช่น ปัญหาด้านการมองเห็น และได้ยิน เป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ และการพลัดตกหรือหกล้ม และปัญหาความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายด้านอื่นๆ ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน[4]

ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีบทบาทมากขึ้นเพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งพาตนเองของประชาชน พร้อมทั้งลดการพึ่งพาบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้เป็นผู้สนับสนุน ทั้งในด้านทรัพยากร และองค์ความรู้ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ[5] เนื่องจากรูปแบบเดิมเป็นเพียงการดำเนินงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้น จึงต้องมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมะสมมีการดูแลสุขภพตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุขไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ลดภาระ

การพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[5]

จากการศึกษาดัชนีพฤฒพลังผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.658 หมายความว่าผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์มีคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านสุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันและความมั่นคง[6] และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารตามใจชอบ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ส่วนใหญ่ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม บทบาททางสังคมค่อนข้างน้อย มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นบางโอกาส การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยที่ผ่านมายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ[3]

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง และมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ รวมทั้งคนในครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[7] ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ(Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ในบ้านหนองไผ่ ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[8] จากขนาดประชากรผู้สูงอายุในบ้านหนองไผ่ ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 72 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ คัดเข้าคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงเพศชาย สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามกระบวนการการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ

(Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัยมีด้วยกัน 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างงเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale)

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป(WHOQOLBREF THAI) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นของผู้สูงอายุกำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า(Rating Scale)

3) แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบผิดให้ 0 คะแนนเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับจากคะแนนเต็ม 16 คะแนน

4) แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยการบันทึกประจำวันคำถามการบันทึกภาคสนามอุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ทำการปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) ของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.50 –1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีคุณลักษณะของประชากรคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สำรวจปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดสอบ (Pre -test) ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ

(WHOQOL BREF THAI) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบันปัญหา และความต้องการรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เพื่อศึกษากระบวน และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ แบบประเมินวัดความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวมรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม การประเมินผลการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREF THAI) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และแบบประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามการสังเกตการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม สนทนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวบรวม ตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจก่อน และหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Paired Samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-054 รับรองวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.21 อายุเฉลี่ยประมาณ 72.43 ปี (S.D. = 8.75) ส่วน

ใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.5 มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 53.81 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 85.41 ต้องพึ่งพาบางส่วน ร้อยละ 13.81 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 0.81 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.91 ออกกำลังกายสม่ำเสมอทำเป็นบางครั้งตามโอกาส มีพฤติกรรม สูบบุหรี่ และดื่มสุราอยู่ ร้อยละ 24.61 และ 27.71 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.81 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.61 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 74.61

2. การศึกษาบริบทชุมชน และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพราะมีความเชื่อว่าตัวเองยังไม่เจ็บป่วย มีปัญหาด้านการบริโภคอาหาร และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง

2.2 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสร้างเสริมในการออกกำลังกาย เนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ

2.3 ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ

3. ขั้นตอนรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart[7] ร่วมกับเทคนิคกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(Appreciation Influence Control: AIC) ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งมีกลยุทธ์การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนแนวทางตามกระบวนการ ดังนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษารูปแบบ เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้า แนวทางการแก้ไขปัญหาวางแผนแก้ไขปัญหา โดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้แผนงานโครงการเพื่อนำไปสู่ขั้นการปฏิบัติ

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำแผนงานทั้ง 3 โครงการไปปฏิบัติ ดังนี้

2.1 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย กิจกรรมออกกำลังกาย รำไม้พลองออกกำลังกายโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำพาทำกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์ กำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่) ด้านจิตใจ ทำบุญที่วัด การสวดมนต์ทำสมาธิทุกวันพระมีเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนด้านสังคม และปัญญา ได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองก่อนรับ

เบี้ยยังชีพ การประชุมประจำเดือนในหมู่บ้านทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนเพิ่มขึ้น การใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเช่น การเป็นปราชญ์ชาวบ้านทำให้ผู้สูงอายุไม่เขินอาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ด้านสิ่งแวดล้อมปรับปรุงทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาด การพัฒนาหมู่บ้านในวันสำคัญต่างๆ และการอยู่ในที่ปลอดภัย การติดตามข่าวสารบ้านเมืองที่ทันสมัยก้าวทันเทคโนโลยี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2 กิจกรรมถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้บริการในการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การสร้างแกนนำผู้สูงอายุให้ฝึกการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการเฝ้าระวัง

2.3 กิจกรรมการสร้างขวัญ และกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมภาคีเครือข่ายโดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง มีบทบาทในการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน และการสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ

3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของผู้สูงอายุ และทีมเครือข่ายในแต่ละกิจกรรมเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม สรุปได้ ดังนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อม เนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบาย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

3.2 การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม

3.3 ความตั้งใจ และความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยความตั้งใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

3.4 การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็นและสอบถามเป็นอย่างดี โดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการดำเนินตามแผนปฏิบัติการกิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน

4. ผลการดำเนินงานรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม

4.1 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วม ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 53.34 ค่าเฉลี่ย 3.14, SD. = 0.82

4.2 ระดับความรู้ของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนดำเนินการมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 57.79 และหลังดำเนินการพบว่า มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 51.12 สรุปได้ว่า หลังดำเนินการมีความรู้เพิ่มขึ้น

4.3 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 19.22, SD. = 1.78

4.4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.35 ค่าเฉลี่ย 72.51, SD. = 10.92 หลังดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.70 ค่าเฉลี่ย 76.31, SD. = 10.19

4.5 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสาหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.76 ค่าเฉลี่ย 81.02, SD. = 10.02 หลังดำเนินภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.65 ค่าเฉลี่ย 83.61, SD. = 8.90

4.6 ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ75.56 ค่าเฉลี่ย 3.28, SD. = 0.62

4.7 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ภาพรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 61.40 ค่าเฉลี่ย 3.36, SD. = 0.57)

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อรูปแบบ และปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญคือ

5.1 มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นในการดูแล ตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และพร้อมเพรียง

5.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

5.3 ชุมชนเห็นพร้อม และมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหากำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

5.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การศึกษาบริบทการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกัน ขั้นที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Kemmis and McTaggart[7] ที่กำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral) มีกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายหลังดำเนินกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดจะมีการประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาวะผู้สูงอายุ รวมถึงการสะท้อนผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับการวิจัยของ สังวาล จ่างโพธิ์[1] พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา

(2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชาคม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ[3] พบว่า การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน และนวัตกรรมทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนานวัตกรรมทางสังคมเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ และขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรม และประเมินผล มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันจำนวน 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุแต่ละด้านครบ 4 ด้าน มีการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการของชุมชนมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาวะ

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) จัดทำประชาคม โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา/ขีดจำกัด ความต้องการ/และศักยภาพของชุมชน รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การสังเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Web of Causation) โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุของปัญหานั้นๆ เมื่อทราบสาเหตุของปัญหา จะนำไปสู่กระบวนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการต่อไป[3] 2) การพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากปัญหาที่สำคัญอันดับแรก และพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุการเกิดปัญหาคืออะไร แล้วให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมคิดตัดสินในการเสนอรูปแบบนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทักษะการเยี่ยมบ้าน การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการส่งเสริมสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อวางแผน และกำหนดกิจกรรมการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุร่วมกัน การกระตุ้นเตือน และติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง 5) ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระบวนการ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ภายใต้การสร้างกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมคิดร่วมทำและร่วมเรียนรู้[3] การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานในแนวทาง “ทฤษฎีกิจกรรม” ที่เชื่อว่ากิจกรรมทางสังคม เป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับคนทุกวัยไม่เว้นแม้แต่ผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มมากขึ้นและบ่อยขึ้น การทำกิจกรรมจะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ[9]

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ปัจจัยคือการผู้นำชุมชนมีศักยภาพ และเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น มีทุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ คนในชุมชนเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกัน และกันในการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามให้กำลังใจ ประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช[10] พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) มีคณะกรรมการระดับ ตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทน และคณะ[11] พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในทุกขั้นตอน และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมการพยาบาล และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่จะดำเนินงานการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม

2. การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านได้แก่ การพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุน และเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ และการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่อง เป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป และนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สังวาล จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(2):165-83.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2564.
3. ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย์ แสงงาม และปัณณทัต บนขุนทด. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(3):957-73.
4. สุปราณี บุญมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2560.

5. ศุณาลักษณ์ สุรภักดิ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2560;1(1):29-37.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562.
7. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
8. Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 1970: 607-10.
9. ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, สุรีย์ ธรรมิกบวร และสุรสม กฤษณะจูฑะ. โรงเรียนผู้สูงอายุกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นอีสาน. วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร 2560;14(1):133-62.
10. ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัด มหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561;2(3):42–54.
11. ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2565;7(1):40-56.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of ST-Elevation myocardial infarction type STEMI in emergency and forensic accidents : Two Case Studies

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 9,2024)

ขนิษฐา ไชยทองศรี[1]
Khanittha Chaithongsir[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI.) จำนวน 2 ราย ได้แก่ รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย STEMI ST elevate in V2, V3 avf และรายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย STEMI ST elevate in V2, V3 avf ซึ่งคนไข้ทั้ง 2 รายได้รับการปฏิบัติตาม ACS guideline และการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(acute coronary syndrome, ACS)ในกลุ่ม STEMI. 2 ราย ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ครบถ้วนโดย การคัดกรอง. การใช้ช่องทางด่วน STEMI fast track การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่รวดเร็วและได้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบผู้ป่วยวิกฤติ จากการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกันตั้งแต่แรกรับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

คำสำคัญ: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ,ยาละลายลิ่มเลือด, การพยาบาล ,กรณีศึกษา

Abstract

This study was case study of 2 cases. The purpose of this study is to study the nursing care of 2 patients with acute myocardial infarction (STEMI). Case 1, the doctor diagnosed STEMI ST elevate in V2, V3 avf and Case 2, the doctor diagnosed STEMI ST elevate in V2, V3 avf. Both patients received treatment according to the ACS guideline and received thrombolytic drugs.

The results of the study found that acute coronary syndrome (ACS) in the STEMI group, 2 patients, received complete treatment according to the STEMI patient care guidelines by screening, using the STEMI fast track, rapid ECG examination and timely administration of anticoagulants, and receiving close care as critical patients. From the study of nursing diagnosis problems of both patients, it was found that they had similar nursing diagnoses from the time they were admitted to the emergency department until they were transferred to Khon Kaen Hospital.

Keywords: Acute myocardial infarction, Thrombolytic drugs, Nursing, Case study

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลเบื้องต้นที่สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วที่สุด คือ ควรได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดภายใน 120 นาที นับตั้งแต่มีอาการ และควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมงจึงจะสามารถจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการตายได้[1] จากการรายงานการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรค

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี พ.ศ.2564 - พ.ศ. 2566 ร้อยละ4.90,5009 และ,5.03[2]

จากสถิติของผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาใน พ.ศ. 2564 - พ.ศ.2566 จำนวน...7,1,12..ราย พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ.2564 -พ.ศ. 2566 จำนวน.1,0 ,1. ราย[3] จากภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้เร็วภายใน 10 นาที เพื่อช่วยในการวินิจฉัยให้เร็วขึ้น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวัง จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน[4] ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลเพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใกรณีศึกษา 2 ราย ที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินแลนิติเวชโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการ

1. ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจง เลือกผู้มารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด
3. ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. ทำการศึกษาเปรียบเทียบ สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพกรณีศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรส	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทยอาชีพนักบวช สถานภาพหย่าร้าง
ช่วงเวลาที่ศึกษา	15 ก.ย.2567 –15 ต.ค 2567	15 ก.ย.2567 – 15 ต.ค. 2567
โรคประจำตัว	ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ผลการรักษา	ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
ข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญ	หายใจหอบ ไอ มีเสมหะ เป็นมา 1 ชม.	เจ็บแน่นกลางอกร้าวไปไหล่ซ้าย เป็นมา 2 ชม.
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอ หายใจหอบ พ่นยาขยายหลอดลมแล้ว อาการไม่ดีขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจหอบมากขึ้น มีเสมหะในลำคอหายใจลำบาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล30นาทีขณะนอนรอผลการรักษามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	1วันก่อนมาโรงพยาบาลขณะทำงานมีเจ็บแน่นหน้าอก นั่งพักแล้วอาการปวดทุเลาลง ทำงานต่อได้ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะกำลังตัดหญ้า มีอาการเจ็บแน่นกลางอก ร้าวไปไหล่ซ้าย นั่งพักอาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาลไม่มีญาตินำส่งผู้ป่วยเดินมาเอง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง	ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องนอน โรงพยาบาล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพกรณีศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการใช้ยา สารเสพติด การแพ้ยาและอาหาร	สูบบุหรี่ วันละ10-15 มวนต่อวันมาประมาณ 40 ปี.ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ประวัติสูบบุหรี่ วันละ 20-30 มวน ใช้ยาบ้า วันละ 5-10 เม็ด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลตรวจ:WBC=8,150cell/mm3, Hct= 44%,Plt = 198,000,PT =11.4 sec INR =0.99 ผลตรวจ BIOCHEMISTRY : CK-MB 5.26ng/ml,Myoglobin =<30.0 mg/dl Trop -I =<0.50 ng/ml,BUN=14 mg/dl CRETININE=0.88 mg/dl GFR =92.71 mg/dl,POTASSIUM =3.39 mmol/L ATK= negative	ผลตรวจ:WBC=13,060cell/mm3, Hct= 41%,Plt = 327,000,PT=10.0sec INR=0.88 ผลตรวจ BIOCHEMISTRY : CK-MB 3065ng/ml,Myoglobin =3.650 mg/dl Trop -I =<0.50 ng/ml,BUN=17 mg/dl CRETININE=1.32 mg/dl GFR =58.63 mg/dl,POTASSIUM =3.30 mmol/L Urine Ampetamine= positive ATK= negative
ผล EKG/Chest X-ray	EKG 12 lead พบ ST elevate in lead 2, lead 3 aVF	EKG 12 lead พบ ST elevate V2,V3 aVFInferior wall **Chest X-ray**=cardiomegary
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	-Acute inferior wall STEMI	-Inferior wall infraction Rupture inferior wall Right Venticular infraction

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การเข้าถึงการรับบริการ	- ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะนอนสังเกตอาการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงได้รับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาที่รวดเร็ว	-ผู้ป่วยมีอาการมา 1 วัน แต่ไม่ได้มาโรงพยาบาล จนมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้นนั่งพักไม่หายจึงมาโรงพยาบาล โดยเดินมาเอง
2. การประเมินผู้ป่วย	-ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีใช้เวลา 2 นาที. -ทำตาม CPG ของ STEMI.การประเมินและให้การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลา 30 นาที ที่มาถึงโรงพยาบาล	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องมือ ทำตาม CPG ของ STEMI. - ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีใช้เวลา 3 นาที. -ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในเวลา 30 นาทีที่มาถึงโรงพยาบาล
3. การวางแผน	- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG STEMI แก้ไขภาวะวิกฤติ - วางแผนส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG STEMI. แก้ไขภาวะวิกฤติ - วางแผนส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
4. การดูแลผู้ป่วย	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI. ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็น ระยะในภาวะวิกฤติของชีวิตเพื่อรักษาและส่งต่อ	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็น ระยะในภาวะวิกฤติของชีวิตเพื่อรักษาและส่งต่อ
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว	-มีการให้ข้อมูลญาติในการร่วม ตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต -ให้ข้อมูลญาติในความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นของยาละลายลิ่มเลือด และอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลาขณะนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	-มีการให้ข้อกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต -ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลาขณะนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. การดูแลต่อเนื่อง	-ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลห้วยผึ้ง และประสาน ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการ ต่อเนื่อง	ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (cardiac arrest) **ข้อมูลสนับสนุน:**หัวใจหยุดเต้นหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด CPR 30 นาที **วัตถุประสงค์**:เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ **กรณีศึกษาที่ 2**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลระบบหายใจให้เพียงพอ on ET-tube no. 7.5 ลึก 21 cms. และ on ventilator และจัดท่านอนศีรษะต่ำเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตอาการเป็นระยะทุก 15 นาที 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9%NSS1,000 ml iv rate100 ml/ ,Adrenaline(1:10) rate 10 ml/hr. และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยาที่มี ความเสี่ยงสูงและประเมินการตอบสนองยา 4. monitor EKG เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ความดันโลหิต 147/72 mmHg.ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด 98 % ระดับความรู้สึกตัว E3VTM6.
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** :เจ็บแน่นหน้าอก pain score 10 คะแนน **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** :เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก **กรณีศึกษาที่ 1,2**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะ ตำแหน่งที่เจ็บ 2. วัดสัญญาณชีพ (อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความดันโลหิต) ทุก 15 นาที 3. ประเมินอาการและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการทางสมอง ซึมลง ระดับความรู้สึกตัว 4. อธิบายแนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา AsA (gr.V) 1 tab เคี้ยว stat Clopidogrel(75 mg) 4 tab oral stat Isordril (5 mg) 1 tab SL 6. Monitor EKG ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 7. เตรียมยาละลายลิ่มเลือดตามเทคนิคที่ถูกต้อง ดูแล ให้ยาStreptokinase 1.5 mu iv rate 100 ml/hr. **ประเมินผลการพยาบาล** อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง Pain score = 5
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด **ข้อมูลสนับสนุน :** ให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv rate 100 ml/ hr. **วัตถุประสงค์** : เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด **กรณีศึกษาที่ 1,2**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และถ้าคงที่วัดทุก 1 ชม. 2. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อาจเกิด VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ) Monitor EKG ตั้งแต่เริ่มให้ยาจนครบ 1 ชั่วโมงเพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้า 3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองการแตกของหลอดเลือดในสมอง) โดยประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว 4. สังเกตภาวะเลือดออก (bleeding)จากส่วนต่าง ๆของร่างกาย 5. ดูแลให้ยา pre -med และให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv rate 100 ml/ hr.หัวใจอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างต่อเนื่อง ทั้งเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 6. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยา อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระหว่างที่ได้รับยาและหากมีอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์และหากจำเป็นต้องหยุดยาต้องบันทึกเวลาหยุดยา หลังได้รับยา **ประเมินผลการพยาบาล** ไม่มีภาวะเลือดออกและแพ้ยาทั้งขณะและหลังให้ยา

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** :ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** :ไม่เกิดอาการทรุดลงหรืออาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ **กรณีศึกษาที่ 1,2**	**กิจกรรมทางการพยาบาล** 1. เตรียมทีมพยาบาล และประสานงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย 2. เตรียมความพร้อมของรถเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิต 3. ดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งประเมินความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอก On monitor SpO2และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีหากมีการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤติช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานนำส่งศูนย์รับส่งต่อที่ใกล้ที่สุด 4. พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและประสานงานผ่านระบบ Line STEMI FAST TRACK **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับสภาวะของโรคและยาที่ได้รับ **ข้อมูลสนับสนุน** :ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** :เพื่อคลายความวิตกกังวลลงเข้าใจภาวะโรคและแผนการรักษา **กรณีศึกษาที่ 1,2**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แสดงท่าทีเป็นมิตร 2. อธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์การรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำหัตถการต่าง ๆ 3. ให้ข้อมูลการแก่ญาติถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย อย่างเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา 4. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยพร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ด้วย วาจาที่นุ่มนวลและท่าทีเป็นกันเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ 5. อธิบายถึงเหตุผลการและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าลดความกังวลลง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยินยอม ให้ยา Streptokinase และส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

สรุปผลการรักษา

จากการศึกษาจะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการมาแล้ว1วัน ทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤติที่คล้ายกันคือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการปริแตกของผนังหลอดเลือดด้านในซึ่งกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้หัวใจขาดเลือดและออกซิเจน นำมาสู่ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติและ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 เกิดขึ้นในโรงพยาบาล กรณีที่ 2 เกิดก่อนมาโรงพยาบาล คนไข้ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาโดยได้ยาละลายลิ่มเลือดและสำเร็จในรายที่ 1 ในรายที่ 2 มีภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังให้ยา ได้ทำCPR .และได้ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยา Epinephrine เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ในรายที่ 1 รับการรักษา 2 วันที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และมาให้ยา Enoxaparin 0.6 ml sc ทุก 12 ชั่วโมง 5 วัน.ไม่มีนัดต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ให้นัดรับยาต่อที่โรงพยาบาลห้วยผึ้งส่วนในรายที่ 2 มีภาวะ Rupture inferior wall infarction. การแตกของผนังกั้นหัวใจห้องล่าง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตสูง กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้รับการคัดกรอง การวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันทีที่มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการตรวจวินิจฉัยและใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น[5] รายที่ 1 สามารถเปิด

หลอดเลือดหัวใจได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพื่อการรักษากับแพทย์เฉพาะทางและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

รายที่ 2 ส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นได้ การเข้าถึงที่ล่าช้าและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ครบถ้วนโดยการคัดกรอง. การใช้ช่องทางด่วน STEMI fast track การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่รวดเร็วและได้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบผู้ป่วยวิกฤติ[5] จากการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกันตั้งแต่แรกรับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติที่ต้องดูแลผู้ป่วย พยาบาลหรือผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ถึงพยาธิสภาพและการดำเนินไปของโรค แนวทางการรักษาเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ความรู้ที่ทันสมัยและงานวิจัยต่างๆนำไปปรับใช้ให้เกิดผลที่ดีและนำมาเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการตายของผู้ป่วยในกลุ่มนี้[3,6]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความรู้ ทักษะการประเมินผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพชั้นสูง ให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI

2. ควรมีการปรับปรุงแนวคิดใหม่เน้นให้เกิดการคัดกรองเบื้องต้นตั้งแต่ที่บ้าน ชุมชน และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงระบบ STEMI fast track

3. พัฒนาระบบเก็บข้อมูลและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันSTEMI เพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วตามระบบ STEMI fast track ที่กำหนด

4. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่ม STEMI.เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงไกร เฮงรัศมีและกนกพร แจ่มสมบูรณ์.(2558). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สุขุมวิทย์การพิมพ์.
2. วิวรรณ ทังสุบุตร. (2559). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment Acute ST segment Elevation myocardial infarction:STEMI. ใน มานพ พทักษ ภากร และคณะ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ทันยุค 2559. (น. 330-372). นนทบุร: ภาพพิมพ์.
3. ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ทู้ไพเราะ และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์1. (น. 35-59). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
4. สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย. ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่ง ประเทศไทยในพระบรม ราชูปถัมภ์
5. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเนคสเตปดีไซน์
6. นพิศพรรณ ทีบุตร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 171-197

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October – December 2024
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม 284
รุ่งรัตน์ เอี่ยมสอาด

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี 292
มยุรี คนยัง

ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ตำบลขัวก่ายอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 303
มะลิวรรณ์ พุฒธรรม ,ฐิติมา แสนโสภา

การพยาบาลอาชีวอนามัยในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีตกจากที่สูงและกระดูกสะบ้าหัก ก่อนกลับเข้าทำงาน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสกลนคร 314
กมลทิพย์ จันทรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 320
สุรินทร์ มณีฉาย

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 331
ปนัดดา มานะงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช 338
มัลลิกา ช่วยรักษ์ ,ธเนศ สังข์ศรี

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 349
มนฤดี รูปสม ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,วลัยพร รุ่งเรือง ,จารุณี แก้ววันนา

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 361
สุรีรัตน์ สุขรินทร์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 368
ศรีทุม คำดา ,ปริศนา นวลบุญเรือง ,เกษกาญจน์ อุ่นนุช ,พัชรินทร์ สิงห์ทราช

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรังการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม 379
ธนิดา หาญสิทธิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 387
ชัชชาย เพชรพิมพ์ ,แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ ,กาญจนา พลราช ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

ประสิทธิภาพในการบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ . 398
อนุรักษ์ ปิ่นทอง และทักษิณ วันชูพริ้ง

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 408
ปรานี แสงคำ

ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 420
จักรี สาริกานนท์

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 431
อภิชญา อารีเอื้อ

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 437
ศศิณัฏฐ์ ผลวาวแวว ,อภิชญา อารีเอื้อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 446
วารุณี เข็มลา

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่าย อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 456
สวัสดิ์ มาลา

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 468
ไพรัตน์ มาลัยพวง ,อภิชญา อารีเอื้อ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 476
วรรณนา อุทานิตย์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 485
ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ ,กรรณิกา บุญบวร ,ภาภัทร์ศิริ อินทรปฐม ,โชติกา เพชรเลิศ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร 493
วริษา ชาวชายโขง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย 501
นพพร ศรีคำบ่อ ,วิชชุดา ศรีจรงค์ ,นริศรา รุจิโรจน์จินดา

การบริบาลผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน: รายงานผู้ป่วย 512
สินีนาถ ค้าไกล

สภาพการดำเนินงานสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 523
เกษร แถวโนนงิ้ว ,สุมาลี จันทลักษณ์ ,สุวิศิษฎ์ ช่างทอง

พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ในจังหวัดกาญจนบุรี 532
กาญจนา อาชีพ ,ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ ,วัฒนา ชยธวัช

การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ 540
วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์

กลยุทธ์การจัดเตรียมเลือดที่ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยที่สร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ ระบบ เอ บี โอ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ 551
วัชรา ป้อทองคำ

ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง 558
มณีรัตน์ ทางดี

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) คุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก การทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต การให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูง การบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

Strengthening health literacy towards health care behavior of new type 2 diabetes patients in Mueang Nakhon Pathom District.

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 10,2024)

รุ่งรัตน์ เอี่ยมสอาด[1]
Rungrat Eamsaard[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ และศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่

Abstract

This study was action research aimed to study the health literacy and health behavior of new type 2 diabetic patients and to study the enhancement of health literacy of new type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District. The study period is between August and November 2024. Data is collected from questionnaires. Data is analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after the implementation, the health literacy and health behavior of new type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District, overall and in each aspect, were at the highest level. The health literacy and health behavior of new type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District before and after the implementation were found to be significantly different at the 0.05 level. The health behavior of new type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District after the implementation was better than before the implementation.

Keywords: health literacy, new type 2 diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย และทั่วโลก เกิดจากการทำงานของฮอร์โมนผิดปกติส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งหากมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสภาพเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ในระยะแรก

[1] ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม

อาจไม่มีอาการ มักตรวจพบเมื่อเช็คสุขภาพโดยบังเอิญในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร่วมด้วย จากข้อมูลของ IDF Diabetes Atlas พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[1]

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน[1]

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ หากไม่ได้รับการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม จะมีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพตามมา ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน และการเสื่อมของหลอดเลือดที่ไตจากเบาหวาน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมสร้างความรู้ ตลอดจนทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (Self-management) กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลการดูแลตนเองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม[2]ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถในการอ่านและท้าความเข้าใจตัวอักษรที่เขียน การแปลความหมายข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ การเขียนและการกรอกแบบฟอร์มต่าง ๆ ขั้นมีปฏิสัมพันธ์เป็นความสามารถในการพูดและรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ และขั้นมีวิจารณญาณและการคิดคำนวณเป็นทักษะในการจัดการเมื่อใช้บริการสุขภาพและน้าข้อมูลมาตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง ความสามารถในการใช้ตัวเลข เช่น การแปลความหมายของปริมาณยา การอ่านฉลากยาด้วยความเข้าใจและปฏิบัติได้ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลต่อกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ[3]

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้เกิดความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งทักษะและพฤติกรรมการจัดตนเอง[4] โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และวางแผนในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในประเด็นวัฒนธรรม ความคิดรวบยอด การฟัง การพูด การอ่านฉลากยาและโภชนาการ การปฏิบัติตามคำแนะน้าของแพทย์ การทำความเข้าใจการนัดหมาย ข้อมูลสุขศึกษา ตลอดตจนการยินยอมรักษา[5] สอดคล้องกับการศึกษาของศิราวัลย์ เหรา และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์[2] ได้ศึกษาการเสริมสร้าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ ทั้งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน การถูกตัดขา และการเสื่อมของหลอดเลือดที่ไตจากเบาหวาน เป็นต้น เป้าประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นปกติและการลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการให้ยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เข้าใจกระบวนการดูแลตนเอง อันนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพของตนเองได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญธิดา ยาอินทร์[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[7] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ

สถานการณ์การผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครปฐม พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 6,640.91, 6,992.60, 7,251.39 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถานการณ์การผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากฐานข้อมูล HDC[8] พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564 – 2566 เท่ากับ 7,002.07, 7,496.49, 7,865.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีความความชุกอยู่ใน 10 อันดับโรคของผู้มารับบริการ พบจำนวนสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 40-60 ปี และพบจำนวนน้อยในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี นอกจากนี้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 2 รายใหม่ที่มีความ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลที่เหมาะสม ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

วิธีการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

2.2 มีระดับน้ำตาล ไม่เกิน 180 mg%

2.3 ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

2.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับ

ประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม
2. การกำหนดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม
3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม
4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ได้รับการรับรองจริยธรรมงาน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด
3. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐมมีเนื้อหาและกิจกรรม ดังต่อไปนี้ อาหาร พร่องแป้ง หรือโลว์คาร์บ ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การนอน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดให้เหมาะสม
4. การเปรียบเทียบการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.19	0.69	4.43	0.56	31	-6.923	.000	-1.60813	-.87625
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.30	0.77	4.62	0.57	31	-6.695	.000	-1.71233	-.91267
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	3.73	0.62	4.55	0.40	31	-5.773	.000	-1.11012	-.53051
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.56	0.89	4.58	0.50	31	-5.066	.000	-1.42449	-.60676
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.62	0.72	4.54	0.37	31	-6.200	.000	-1.22512	-.61863
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	3.09	0.71	4.58	0.52	31	-8.794	.000	-1.83825	-1.14613
รวม	3.42	0.54	4.55	0.32	31	-9.426	.000	-1.37950	-.88873

4.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร	3.63	0.69	4.75	0.23	31	-9.049	.000	-1.37856	-.87144
ด้านการออกกำลังกาย	3.56	0.74	4.71	0.34	31	-8.017	.000	-1.44061	-.85627
การผ่อนคลายความเครียด	3.68	0.75	4.81	0.23	31	-7.973	.000	-1.42062	-.84188
ด้านการกินยาและพบแพทย์	3.62	0.75	4.87	0.21	31	-8.887	.000	-1.53686	-.96314
รวม	3.62	0.61	4.78	0.17	31	-11.005	.000	-1.37932	-.94802

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐมก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐมมีเนื้อหาและกิจกรรม ดังต่อไปนี้ อาหารพร่องแป้งหรือโลว์คาร์บ ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การนอน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดให้เหมาะสม ตามแนวคิดของเวชศาสตร์วิถีชีวิต[9,10,11,12] ซึ่งมุ่งเน้น การบูรณาการแนวทางเวชศาสตร์ปฏิบัติ

ด้านวิถีชีวิตเข้ากับหลักการของ การแพทย์ปัจจุบัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่เน้นให้แต่ละบุคคลมุ่งและตังใจ ปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสียงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐมหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของบุญญธิดา ยาอินทร์[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[7] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ ควรประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โดยมีเนื้อหาอาหาร พร่องแป้ง หรือโลว์คาร์บ ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การนอน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ จากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. (2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606

2. ศิราวัลย์ เหรา นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์.(2563). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 12(1) 39-51
3. Berkman N., Terry D., & McCormack L. (2010). Health literacy: What is it?. Journal Health Community,15(Suppl 2), 9–19.
4. Powers, M A. Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H.,...Vivian, E. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American diabetes association, the American association of diabetes educators, and the academy of nutrition and dietetics. Journal of Academy of Nutrition and Dietetics, 115(8), 1323–1334.
5. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C.,...Bindman, A.B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. The Journal of the American Medical Association, 288(4), 475–482.
6. บุญญธิดา ยาอินทร์.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. 18(1) 35-46
7. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปัฐยาวัชร ปราฏผล.(2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 58-74
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.(2566). ฐานข้อมูล HDC https://npt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd#
9. ศิรินภา เชี่ยงหลิว.(2566). เวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine). ออนไลน์ https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/บทความเวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต-หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต-Lifestyle-Medicine.pdf
10. Drost Jennifer M., Lucas Pauline H., Patchett David C., Hatley Melissa R., Johnson Daniel C., Scales Robert. Introducing Lifestyle Medicine Within the Mayo Clinic Alix School of Medicine in Arizona. Am J Lifestyle Med. 2021;15(6):612–18.
11. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนิสา อนุญาหงษ์. (2567). เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 1(4). 1-12
12. อมร ลีลารัศมี.(2566). เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM). ออนไลน์ https://tmc.or.th/pdf/att-dn-236.pdf

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

DEVELOPMENT OF FINANCAIL AND FISCAL MANAGEMENT MODEL FOR HOSPITALS UNDER THE MINITRY OF PUBLIC HEALTH IN UDON THANI PROVINCE

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 10,2024)

มยุรี คนยัง[1]
Mayuree Konyoung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดำเนินงาน 4 กิจกรรม คือ การจัดองค์กรรับผิดชอบการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน การพัฒนากิจกรรมงานบริหารการเงินการคลัง และการควบคุมกำกับและประเมินผล ดำเนินงานตามรูปแบบโดยคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด ในโรงพยาบาล 21 แห่ง ของจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567 ประเมินผลจากการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด และประเมินคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลในด้านการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังและการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนหนึ่งจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัดพบว่า (1) การดำเนินงานด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 แห่ง (2) การดำเนินงานด้านศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ จำนวน 21 แห่ง (3) โรงพยาบาลไม่วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6-7 ผ่านเกณฑ์จำนวน 20 แห่ง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 เป้าหมายตัวชี้วัดจำนวน 10 แห่ง คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังทุกกิจกรรมและระดับมาก ร้อยละ 57.54 เห็นด้วยทุกกิจกรรมและระดับมาก ร้อยละ 85.16 มีการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังระดับดีมากและดี ร้อยละ 58.66 และการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง, คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง

Abstract

This action research aimed to develop a financial and fiscal management model for hospitals, consisting of 4 operational activities: organizational structure for operations, setting operational indicators and targets, developing financial and fiscal management activities, and monitoring and evaluation. The model was implemented by hospital-level and provincial-level financial management committees across 21 hospitals in Udon Thani province during the fiscal year 2024. The assessment was based on achieving key performance indicators and assessing hospital financial management committees' perceptions and opinions about financial management activities. Data was partially collected from the Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, along with field evaluations. Statistical analysis included frequency, percentage, and Pearson correlation.

The study results for three key performance indicators showed: (1) 10 hospitals achieved the Total Performance Score (2) all 21 hospitals met the quality revenue collection center and (3) 20 hospitals passed the non-financial crisis criterion (levels 6-7), Ten hospitals achieved all three indicator targets. The hospital financial

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

management committees showed high-level awareness of all financial management activities at 57.54% (not meeting research hypothesis), agreed with all activities at 85.16% (meeting research hypothesis), and demonstrated excellent and good operational performance at 58.66% (not meeting research hypothesis). Both the committees' awareness and opinions about hospital financial management activities showed statistically significant positive correlations with hospital financial management operations.

keywords: financial and fiscal management model, quality of financial management

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงที่ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพและระบบคลังสุขภาพ คือนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลไทยในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีเป้าประสงค์หลักคือ โรงพยาบาลสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม สำหรับคนไทยทุกคน Hughes D,Leethongdee S.,2007[1] ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ครอบคลุม ร้อยละ 92.47 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.72 ในปี พ.ศ. 2567 ประกอบด้วยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 47.024 ล้านคน ผู้มีสิทธิประกันสังคม 12.752 ล้านคน ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ 5.372 ล้านคน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น ครูเอกชน) และผู้ประกันตนคนพิการ 0.777 ล้านคน และสิทธิสำหรับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ 0.717 ล้านคน โดยยังมีผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ 0.099 ล้านคน บุคคลรอยืนยันสิทธิ 0.078 ล้านคน และคนไทยในต่างประเทศ 0.010 ล้านคน สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สิทธิบัตรทอง/สิทธิ UC) จำนวน 47.201 ล้านคน ได้ลงทะเบียนแล้วจำนวน 47.024 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme : UCS) ร้อยละ 99.62 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2567[2] ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ การบริการรักษาพยาบาล การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่บุคคลและครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น การรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังและโรคที่มีต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ เพิ่มมากขึ้น การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนไปใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากปี 2546 มีจำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอก 111.947 ล้านครั้ง เฉลี่ย 2.450ครั้ง/คน/ปี และผู้ป่วยใน 4.304 ล้านครั้ง เฉลี่ย 0.11 ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นในปี 2566 มีจำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอก 170.391 ล้านครั้ง เฉลี่ย 3.628 ครั้ง/คน/ปี ผู้ป่วยใน 6.092 ล้านครั้ง เฉลี่ย 0.130 ครั้ง/คน/ปี(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) [2]

นอกจากนี้ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ การแยกหน่วยผู้จัดบริการสุขภาพ (provider units) และหน่วยผู้ซื้อบริการสุขภาพ (purchaser unit) ออกจากกันเพื่อความชัดเจนและสอดคล้องกับหลักธรรมา ภิบาล (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2558)[3] ในอีกด้านหนึ่งพบว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,202.40 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิในปีงบประมาณ 2545 เพิ่มเป็น 3,472.24 บาทในปีงบประมาณ 2567 หรือเพิ่มขึ้น 2.9 เท่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2567 [2] การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพพบว่าอุปสรรคสำคัญคือการบริการจัดการทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเสถียรภาพในระยะยาว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2555[4] อันเป็นผลมาจากความยากที่จะคาดประมาณการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง แม่นยำ ถึงแม้จะมีการเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวอย่างต่อเนื่องมาเกือบทุกปี ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแปรผันกับการขยายสิทธิประโยชน์ เกณฑ์มาตรฐานบริการและประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ตลอดจนระบบการ

ควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2554[5] การบริหารโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไร เป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลในการจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย หากโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้ ย่อมทำให้เกิดภาวะขาดทุนของโรงพยาบาลได้ ชุมพล นุชผ่อง และคณะ, 2560[6]

ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการ โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ลดจำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤตการเงินให้ได้ไม่เกินร้อยละ 50 ปีงบประมาณ 2557-2559 ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 10 ปีงบประมาณ 2560-2561 ไม่เกินร้อยละ 8 และไม่เกินร้อยละ 6 ปีงบประมาณ 2562-2564 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8 ปี 2565-2567 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4 ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2557-2558 พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ในปี 2559-2560 มีจำนวน 2,1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.52,5.26 ตามลำดับ และจากนโยบายให้โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (Total Performance Score : TPS) ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี ปี 2563-2566 ผ่านเกณฑ์ เพียง จำนวน 7,2,7และ2 แห่ง (ร้อยละ 33.33,9.52,33.33 และ 9.52) ตามลำดับ

การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังยังคงมีการกำกับ ติดตามอย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี พบว่าปี 2561 - 2562 ปี 2564 -2566 ไม่มีโรงพยาบาลวิกฤติทางการเงินระดับ 7 แต่ในปี 2563 มี จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 4.76) ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการไม่ให้วิกฤติทางการเงิน นอกจากการได้รับงบประมาณที่เพียงพอเหมาะสมแล้ว ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ก็จำเป็นในขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดจนกิจกรรมการดำเนินงานรูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันและลดภาวะวิกฤติทางการเงินอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรธานี
2.เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรธานี
3.เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี หลังปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังกับเป้าหมาย
4.เพื่อศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังและการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (CFO) มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 21 แห่ง

2. คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 330 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร Yamame ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน และเผื่อการสูญเสีย ร้อยละ 10 เป็นขนาดตัวอย่าง 191 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นจากการทบทวนการดำเนินงานด้านบริหารจัดการการเงินการคลังในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี นโยบายการดำเนินของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567 และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ดังนี้

กิจกรรมที่1.จัดองค์กรรับผิดชอบการดำเนินงาน

ระดับจังหวัด กำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับจังหวัด (Chief Financial Officer : CFO) เป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหาร ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากกลุ่มงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และออกคำสั่งแต่งตั้งโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ระดับโรงพยาบาล กำหนดให้คณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการการเงินการคลังในโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่โรงพยาบาลคัดเลือกและส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีกำหนดบทบาทหน้าที่และออกคำสั่งแต่งตั้ง

กิจกรรมที่2.กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน

โดยการนำตัวชี้วัดด้านการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังที่กระทรวงสาธารณสุข มากำหนดเป็นเป้าหมายประสิทธิภาพการดำเนินงานการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล 3 เป้าหมาย คณะกรรมการ CFO ระดับจังหวัดร่วมกำหนด และคณะกรรมการ CFO ระดับโรงพยาบาล ต้องรับรู้เข้าใจและใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานดังนี้

ตัวชี้วัดที่1 ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) โดยมีเป้าหมายให้ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก (ระดับ A) ระดับดี (ระดับ B) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45

ตัวชี้วัดที่ 2 มีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพระดับดี หรือระดับดีมาก มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก (ระดับ A) ระดับดี (ระดับ B) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

ตัวชี้วัดที่ 3 ไม่วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6-7

กิจกรรมที่ 3. พัฒนากิจกรรมงานบริหารการเงินการคลัง

กำหนดให้คณะกรรมการCFOระดับจังหวัดร่วมกันกำหนดกิจกรรมพัฒนา ให้ความรู้ ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาการดำเนินงานแก่คณะกรรมการCFO โรงพยาบาล และคณะกรรมการCFO โรงพยาบาล ดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ดังนี้

1.จัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย หรือแผนทางการเงิน (planfin) นำเสนอแผน และปฏิบัติตามแผนและดำเนินการตามแผน

2. จัดทำหนังสือแสดงเจตจำนง (Letter of Intent) ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลบริหารจัดการการเงินการคลังให้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงทางการเงินการคลัง ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6-7 และผ่านเกณฑ์ประเมิน TPS ผ่านเกณฑ์ โดยให้โรงพยาบาลที่มี TPS ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละประเด็นให้มีการจัดทำแผนและมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)

3. พัฒนาศักยภาพ CFO ,Auditor และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

3.1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยทีมพี่เลี้ยง (coaching) กรณีหน่วยบริการที่มีภาวะเสี่ยงทางการเงินระดับ 6 เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2566

3.2 อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ทุกสิทธิ สำหรับหน่วยบริการ

3.3 อบรมการการวินิจฉัยโรค การให้รหัสโรค และการบันทึกเวชระเบียน

3.4 พัฒนาข้อมูลข่าวสารด้านการเงินการคลัง ระบบบัญชี คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลจะต้องดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย

3.5ประชุมเชิงปฏิบัติการการส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ผ่านระบบ Financial Data Hub

กิจกรรมที่ 4. ติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน

4.1 เฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้คณะกรรมการ CFOโรงพยาบาล มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน และสรุปรายงานทางการเงินนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการCFOโรงพยาบาลทุกเดือน คณะกรรมการ CFOระดับจังหวัดเฝ้าระวังและติดตามภาวะวิกฤติทางการเงิน ผลการดำเนินงานตามเครื่องมือทางการเงินผลการดำเนินงานตามประสิทธิภาพทางการเงิน และนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) และประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกเดือน และจัดประชุม ติดตาม กำกับ และสนับสนุนข้อมูลย้อนกลับ (ประชุม War room) ทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567

4.2 นิเทศ ติดตาม ตรวจประเมินการดำเนินงาน กำหนดกิจกรรมให้คณะกรรมการ CFO ระดับจังหวัดนิเทศ ติดตาม ตรวจประเมินการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลทุกแห่งๆ ละ 1 ครั้ง สำหรับโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤติระดับ 5 - 7 จะออกนิเทศ ติดตาม ตามความจำเป็น

4.3 กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานเป็น KPI ranking ของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบประเมินผลคุณภาพรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล 1)แบบประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (Total Performance Score : TPS) 2) แบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ 3) แบบประเมินภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (risk scoring) ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สร้างขึ้น 2.แบบประเมินการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมตามรูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล และการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่1)ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่2)การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล จำนวน 20 ข้อ กำหนดการรับรู้เป็น 4 คำตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ และไม่ทราบ มีเกณฑ์ให้ค่าคะแนนแทนคำตอบและระดับการรับรู้ ดังนี้ ข้อความเชิงบวก ข้อความเชิงลบ ค่าคะแนนที่ให้ ใช่ ไม่ใช่ = 2 ไม่แน่ใจ = 1 ไม่ใช่/ ใช่ / ไม่ทราบ = 0 จากนั้นนำคะแนนการรับรู้มารวมกันแล้วกำหนดระดับการรับรู้ เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 100 รับรู้ทุกกิจกรรม ร้อยละ 90.00-99.99 รับรู้ระดับมาก ร้อยละ 80.00-89.99 รับรู้ระดับปานกลางน้อยกว่า ร้อยละ 80.00 รับรู้ระดับน้อย กำหนดเกณฑ์คุณภาพ คือรับรู้ทุกกิจกรรมและระดับดี (คะแนนจากการวัดร้อยละ 90.00 ขึ้นไป) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ส่วนที่ 3)ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จำนวน 12 ข้อ กำหนดความคิดเห็นเป็น 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์ให้ค่าคะแนนแทนคำตอบและระดับความคิดเห็น ข้อความข้อความเชิงบวก ข้อความเชิงลบ ค่าคะแนนที่ให้เห็นด้วย / ไม่เห็นด้วย= 2 ไม่แน่ใจ/ ไม่เห็นด้วย = 0 จากนั้นนำคะแนนระดับความคิดเห็นมารวมกันแล้วกำหนดระดับความคิดเห็น ร้อยละ 100 เห็นด้วยทุกกิจกรรมร้อยละ 90.00-99.99 เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 80.00-89.99 เห็นด้วยระดับปานกลาง น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 เห็นด้วยระดับน้อย กำหนดเกณฑ์คุณภาพ คือ เห็นด้วยทุกกิจกรรมและระดับมาก (คะแนนจากการ

วัดร้อยละ 90.00 ขึ้นไป) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ส่วนที่ 4) การดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง สอบถามการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังจำนวน 4 ข้อ กำหนดระดับการดำเนินงานเป็น 4 คำตอบ คือ ดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง มีเกณฑ์ให้ค่าคะแนนแทนคำตอบและระดับการดำเนินงาน ดังนี้ ดีมาก =3 ดี= 2 พอใช้ =1 ต้องปรับปรุง =0 นำคะแนนระดับการดำเนินงานมารวมกัน แล้วกำหนด ระดับการปฏิบัติ ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ดีมาก ร้อยละ 60.00-79.99 ดี ร้อยละ 40.00-59.99 พอใช้น้อยกว่าร้อยละ 40.00 ต้องปรับปรุง กำหนดเกณฑ์คุณภาพ คือ มีการดำเนินงานระดับดีและดีมาก (คะแนนจากการวัดร้อยละ 60.00 ขึ้นไป) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และสอบถามข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) และปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try–out) กับคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังตามรูปแบบ = .74 แบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังตามรูปแบบ = .72 แบบวัดการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล = .79

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1.กำหนดบุคคลเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล รับผิดชอบงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง กำหนดบทบาทหน้าที่ และชี้แจงให้บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งทราบและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่

2.ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินงานให้แก่คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)โรงพยาบาล และระดับจังหวัด 1 วัน

3.การนิเทศ ติดตามการดำเนินงานที่โรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด ทุกแห่ง

4.คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล ดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องตามรูปแบบการบริหารจัดการเงินการคลังที่กำหนด

5.หลังดำเนินการตามรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ดำเนินการประเมินผลคุณภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินงาน เดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์โดยผู้วิจัย สถิติที่ใช้ คือค่าความถี่ (frequency) ข้อมูลผลการดำเนินงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ผลการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์โดยผู้วิจัย สถิติที่ใช้ คือค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และข้อมูลประเมินการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการ (CFO) โรงพยาบาล นำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนและลงรหัส ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS นำเสนอข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 7167

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล

จังหวัดอุดรธานีมีประชากรทั้งสิ้น 1,558,522 คน เป็นประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 1,150,547 คน (ณ วันที่ 1 เมษายน 2566) คิดเป็นร้อยละ 73.82 ของประชากรทั้งหมด โรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2) จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1) จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F2) จำนวน 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F3) จำนวน 2 แห่ง มีลูกข่าย 235 แห่ง มีบุคลากรสาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ทั้งสิ้น 3,444 คน เป็นแพทย์ 453 คน ทันตแพทย์ 111 คน เภสัชกร 219 คน และพยาบาล 2,661 คน

2.การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดการบริหารการเงินการคลัง

2.1 ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) เป้าหมายตัวชี้วัด โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ระดับดีมาก (A) และระดับดี (B) ขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 45 โรงพยาบาลมีผลการประเมินประสิทธิภาพ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.62 แบ่งเป็นระดับดีมาก (Grade A) จำนวน 4 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง และโรงพยาบาลศรีธาตุ ระดับดี (Grade B) จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกุดจับ โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลไชยวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ โรงพยาบาลกู่แก้ว และโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลมีผลการประเมินประสิทธิภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.38 แบ่งเป็น ระดับพอใช้ (Grade C) จำนวน 7 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลน้ำโสม โรงพยาบาลทุ่งฝน โรงพยาบาลสร้างคอม โรงพยาบาลนายูง และโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ระดับต้องปรับปรุง (Grade D) จำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลบ้านผือ และโรงพยาบาลหนองแสง ระดับไม่ผ่าน (Grade F) จำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลเพ็ญ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 1

2.2 ผลการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โรงพยาบาลมีผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S 4C) และผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey) ได้คะแนนร้อยละ 81-100 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 21 แห่ง ได้คะแนน 91 -100 คะแนน ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ระดับ A) ทุกแห่ง ได้คะแนนเต็ม ร้อยละ 100 จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ได้แก่โรงพยาบาลเพ็ญ โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลทุ่งฝน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ และโรงพยาบาลกู่แก้ว ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 2

2.3 ไม่วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6-7 ไม่มีโรงพยาบาล Risk score = 0 Risk score = 1 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.81 ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลน้ำโสม โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม และโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง Risk score = 2 จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.52 ได้แก่โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์และโรงพยาบาลกู่แก้ว Risk score = 3 จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.10 ได้แก่โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลไชยวาน โรงพยาบาลหนองแสง และโรงพยาบาลนายูง Risk score = 4 จำนวน 5 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 23.81 ได้แก่โรงพยาบาลเพ็ญ โรงพยาบาลกุดจับ โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลสร้างคอม Risk score = 6 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.67 ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านผือ

ตารางที่ 1 ภาวะวิกฤติทางการเงิน ของโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ณ 30 กันยายน 2567

ลำดับ	โรงพยาบาล	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) เกณฑ์ ≥ 1.5	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) เกณฑ์ ≥ 1.0	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) เกณฑ์ ≥ 0.8	ทุนสำรองสุทธิ (Networking Capital)	NI+ Depreciation	Risk Scroe
1	อุดรธานี	3.05	2.81	1.46	1,429,511,099.81	- 85,969,430.95	1
2	กุมภวาปี	1.27	1.17	0.69	1,357,236.69	- 75,547,910.57	3
3	หนองหาน	1.02	0.91	0.47	1,721,364.84	857,640.38	3
4	บ้านผือ	1.00	0.87	0.60	168,073.78	- 23,187,916.63	6
5	บ้านดุง	1.01	0.89	0.62	1,473,470.88	424,026.61	3
6	เพ็ญ	1.20	1.01	0.68	10,675,613.33	- 23,107,528.49	4
7	กุดจับ	1.04	0.84	0.51	1,403,329.00	- 1,441,615.55	4
8	หนองวัวซอ	0.98	0.81	0.53	- 582,239.28	4,742,730.09	4
9	วังสามหมอ	1.25	1.07	0.52	9,795,840.21	- 11,552,250.53	3
10	น้ำโสม	2.17	2.05	1.73	37,834,670.08	- 11,184,191.00	1
11	โนนสะอาด	1.04	0.90	0.63	1,232,056.46	83,924.26	3
12	ศรีธาตุ	1.78	1.51	1.16	12,221,590.71	- 7,879,378.16	1
13	ไชยวาน	1.02	0.87	0.48	275,597.88	1,180,803.50	3
14	ทุ่งฝน	1.19	0.97	0.71	3,100,018.19	- 5,784,791.71	4
15	สร้างคอม	1.10	1.00	0.78	2,246,293.94	- 4,548,270.39	4
16	หนองแสง	1.15	1.05	0.44	3,462,455.77	- 3,866,762.41	3
17	นายูง	1.28	1.08	0.74	5,722,897.92	- 2,696,453.31	3
18	พิบูลย์รักษ์	1.22	1.15	0.84	3,175,981.96	- 443,870.32	2
19	กู่แก้ว	1.14	1.03	0.82	1,966,366.89	- 2,009,888.56	2
20	ประจักษ์ศิลปาคม	2.53	2.39	1.94	15,986,933.86	- 1,307,113.03	1
21	ห้วยเกิ้ง	5.13	4.67	3.47	11,867,021.59	- 4,698,393.76	1

2. การรับรู้และความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังตามรูปแบบ และการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)โรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 93.72 ส่วนมากปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 91.62 อายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 40.22 เพศหญิง ร้อยละ 65.36 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.16 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 70.95 ปฏิบัติงานในสายงานพยาบาล ร้อยละ 26.82 เป็นคณะกรรมการ CFO 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.96 ไม่เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรด้านการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 49.61 มีส่วนร่วมในการทำหน้าที่บริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลในระดับมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 52.51 ผลการประเมิน ด้านการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังตามรูปแบบ และการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล ของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาล พบว่าคณะกรรมการCFOโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังรับรู้ระดับมาก ร้อยละ 53.63 รองลงมามีการรับรู้ระดับปานกลาง และรับรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.96 และ 9.50 ตามลำดับ มีคะแนนการรับรู้ร้อยละ 90 ขึ้นไป (รับรู้ทุกกิจกรรมและระดับมาก) ร้อยละ 57.54 คะแนนสูงสุด ร้อยละ 100 คะแนนต่ำสุด ร้อยละ 10 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 88.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.72 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือบรู้ทุกกิจกรรมและระดับดี (คะแนนจากการวัดร้อยละ 90.00 ขึ้นไป) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล เห็นด้วยทุกกิจกรรม ร้อยละ 72.07 รองลงมาเห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 13.09 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย สูงถึงร้อยละ 95.37 มีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป (เห็นด้วยทุกกิจกรรมและระดับมาก) ร้อยละ 85.16 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย คณะกรรมการCFOโรงพยาบาลส่วนมากมีระดับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ระดับดีมาก ร้อยละ 29.61 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 29.05 ระดับพอใช้ ร้อยละ 24.58 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 16.76 คะแนนเฉลี่ย 66.01 คะแนนระดับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ร้อยละ 60 ขึ้นไป (ระดับดีมากและดี) ร้อยละ 58.66 และการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .431$ $P < 0.01$ และ $r = .247$ $P < 0.01$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล

ตัวแปร	การดาเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-Value	
- การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล	0.431	0.001**	
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล	0.247	0.001**	

**** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (P-Value <0.01)**

สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินงานหลังใช้รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลดำเนินงานในพื้นที่โรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 21 แห่งในจังหวัดอุดรธานี ด้านการบรรลุเป้าหมาย 3 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ระดับ A และ B ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 10 แห่ง (ร้อยละ 47.62) ทั้งนี้ควรใช้รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง และให้ความสำคัญอย่างจริงจังกับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ CFOระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในเชิงบริหารจัดการการเงินการคลัง เป็นการต่อยอดจากความรู้ ความสามารถในแต่ละวิชาชีพให้สามารถผสมผสานบทบาท หรือปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพระดับดี หรือระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 21 แห่ง (ร้อยละ 100) ทั้งนี้มีความจำเป็นในการพัฒนาต่อยอด จากงานวิจัยของโสภณ เมฆธน[7] การพัฒนาการจัดเก็บรายได้ให้เชื่อมโยงกับระบบบริการตามService Plan เพื่อสร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ชุมพล นุชผ่อง[8] การพัฒนาโดยมุ่งเน้นทั้งประสิทธิภาพด้านระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้ เพื่อการจัดเก็บรายได้ที่รวดเร็วมากขึ้น และโรงพยาบาลไม่วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6-7 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 20 แห่ง (ร้อยละ95.24) พบว่าผลการดำเนินงานบรรลุทั้ง 3 ตัวชี้วัด จำนวน 10 แห่ง ใน 21 บรรลุ 2 ตัวชี้วัด จำนวน 10 แห่ง มีเพียง 1 แห่งที่บรรลุเป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎาภรณ์ ชื่นตาและคณะ[9]การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลควรมีรูปแบบการจัดองค์กรรับผิดชอบการดำเนินงาน กำหนดนโยบายตัวชี้วัดการดำเนินงาน การควบคุมกำกับและประเมินผลและสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิทักษ์พล บุณยมาลิก และ ธิดาจิต มณีวัต[10]พบว่า สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลวในการบริหารการเงินประกอบด้วย 10 ประเด็นหลักคือ (1) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ (2) วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว (3) การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาลง (4) การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี (5) ศักยภาพของผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาล (6) โรงพยาบาลใช้ศักยภาพ ไม่เต็มที่ (7) ต้นทุนค่าแรง (8) ต้นทุนวัสดุ (9) ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และ (10) มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามแผนการเงินการคลัง นอกจากนี้ยังทำให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรในรูปคณะกรรมการที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล มีการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังครั้งนี้ ทำให้คณะกรรมการ CFOโรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจกิจกรรมการดำเนินงาน และเห็นด้วยกับกิจกรรมการดำเนินงานที่ส่งผลทำให้คณะกรรมการ CFOโรงพยาบาลดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาหนัน กนกวงศนุวัฒน์ (2556)[11] ที่ทำการศึกษารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การปรับโครงสร้างการบริหารองค์กรแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการรับผิดชอบการบริหารงานด้านต่างๆ และการสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ดีกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม พร้อมทั้งการใช้แผนทางการเงินแผนเงินบำรุงอย่างเป็นรูปธรรม เคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ควรกำหนดนโยบายดำเนินงานตามรูปแบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)

โรงพยาบาลที่มีการรับรู้และเห็นด้วยกับกิจกรรมการดำเนินงาน ให้การสนับสนุนวิชาการที่เกี่ยวข้องจำเป็น พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานครอบคลุม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และดำเนินกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการกำกับติดตาม อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง กำหนดเป็นตัวชี้วัดของจังหวัด/โรงพยาบาล ของผู้บริหารโรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรวมทั้งให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่

2. การดำเนินตามรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังในแต่ละปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ควรกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน ให้ชัดเจนตั้งแต่ต้นปี และพัฒนากิจกรรมงานบริหารการเงินการคลังเพื่อเป็นนโยบายการดำเนินงานให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลังของแต่ละปี เช่น หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรเงินแต่ละกองทุน นโยบาย ชุดสิทธิประโยชน์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกองทุนใหญ่ เป็นรายได้หลักของโรงพยาบาล สภาพปัญหาและสถานการณ์ของโรงพยาบาลในแต่ละปี โดยกำหนดตามสภาพปัญหาจากผลการประเมินโรงพยาบาลในจังหวัด นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสานักงานเขตสุขภาพที่ 8 นโยบายผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.กระทรวงและเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม ในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัดและโรงพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในเชิงบริหารจัดการทางการเงินการคลัง เป็นการต่อยอดจากความรู้ความสามารถในแต่ละวิชาชีพให้สามารถผสมผสานบทบาทหรือการปฏิบัติงานในแต่ละด้านได้ดี ช่วยสร้างกลยุทธ์ใหม่ๆในการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย หรือการสร้างประโยชน์จากสินทรัพย์ที่มีอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. Hughes D,Leethongdee S. Universal Coverage in the land of smiles: lessons from Thailand’s 30 bath health reforms. Health Affairs.2007 Jul 1; 26(4)

2.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 8 เดือน 1 ต.ค.2566- 31 พ.ค. 2567; 1 - 4

3.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. 28 สิงหาคม 2558 ประสิทธิภาพและต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์).

4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). นนทบุรี. 2555 ; 17-18

5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2554 กรอบแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพโดยครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตของกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับเขต, กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

6.ชุมพล นุชผ่อง สมอาจ วงศ์ขมทอง จันทร์จิรา วงศ์ขมทอง เนตรชนก ศรีทุมมา. กลยุทธ์การเงินของผู้บริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ; ฉบับที่ 1 : มกราคม-มิถุนายน 2560. 2560; 9(1): 23-33.

7.โสภณ เมฆธนโสภณ เมฆธน. การจัดบริการตาม Service Planประสิทธิภาพการบริหารจัดการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม2567].เข้าถึงได้จาก http://pbio.moph.go.th/oldweb/ GCC/section9/plan20year8sep2016. pdf

8.ชุมพล นุชผ่อง. รูปแบบความสัมพันธ์ของการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลในสังกัดสานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565. 2565 : 16-17

9. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สาลี เวชกามา, เพ็ญแข สอาดยิ่ง. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดยโสธร. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.pkyasothon.org/research/data/money_research.pdf

ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ตำบลขัวก่าย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of case management program on self-care behavior and glycemic control in the patients with uncontrolled type 2 diabetes at Ban Songpuay Subdistrict health promoting hospital, Khua Kai Subdistrict, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 9,2024)

มะลิวรรณ์ พุฒธรรม[1]ฐิติมา แสนโสภา[1]
Maliwan Buddharm[1]Titima sansopa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ตำบลขัวก่าย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือในการทดลองคือแนวทางการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}_1$= 3.08, S.D.=0.38 vs $\overline{X}_2$= 3.32, S.D.=0.26; t=-4.568, p<0.001) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังได้รับการจัดการรายกรณีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.527, p<0.001; t=2.583, p=0.015)

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการรายกรณี, การดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of case management program on self-care behavior and glycemic control in the patients with uncontrolled type 2 diabetes at Ban Songpuay Subdistrict health promoting hospital, Khua Kai Subdistrict, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. The sample were the patients who had uncontrolled of type 2 diabetes with 30 case, selected by the purposive sampling technique. Data collection during the month of August to October 2024. The data collection instrument included: questionnaires of general data of sample, self-care behavior, and recording form of glycemic level. The experimental instrument was the case management program. Data were analyzed by descriptive statistic and compared mean with paired t-test statistics.

The result showed; mean score of self-care behavior of the sample after receiving a case management program higher than before significantly ($\overline{X}_1$= 3.08, S.D.=0.38 vs $\overline{X}_2$= 3.32, S.D.=0.26; t=-4.568, p<0.001). Mean score of fasting blood sugar and HbA1c level decreased after receiving case management program significantly (t=8.527, p<0.001; t=2.583, p=0.015).

Keyword: type 2 diabetes, case management, self-care.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และพบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากสุดซึ่งพบในผู้ใหญ่ สาเหตุของโรคเกิดจากภาวะดื้ออินซูลินหรือร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาพบอัตราชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวนมากทั่วโลกซึ่งพบประมาณ 422 ล้านคน และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานปีละ 1.5 ล้านคน[1]

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการทำลายหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2] และความพิการที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตคุณภาพชีวิตด้อยลง อีกทั้งยังต้องมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น แต่ในทางกลับกันหากผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีอย่างต่อเนื่อง ก็สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติ เป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีคือระดับน้ำตาลขณะอดอาหารให้อยู่ระหว่าง 80-130 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่เกิน 7.0 mg% โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[3]

มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลากหลายวิธี ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรคให้ดีขึ้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอาทิเช่น การดูแลโดยสหวิชาชีพ[4] ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วย[5] ให้ความรู้และสร้างทักษะการดูแลตนเอง[6,7,8,9] และการจัดการตนเองด้วยสติและการสนับสนุนของครอบครัว[10] เป็นต้น จากรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c ≤ 7 mg%) ระหว่างปี 2563-2565 ร้อยละ 28.91, 28.05 และ 29.75 ตามลำดับ[11] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ยังคงคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อาจเกิดจากสาเหตุที่หลากหลายเช่น โรคอ้วน ไม่ออกกำลังกาย ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ระยะเวลาของการเป็นโรคที่ยาวนาน และขาดความรู้ที่เพียงพอในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง[12,13] ปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปตามปัจเจกบุคคล อีกทั้งยังเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ตามความเหมาะสมต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้างเปือย ตำบลขัวก่าย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลวานรนิวาส มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 6 หมู่บ้าน 906 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 3,825 คน และให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวานรนิวาส ดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและการรักษาโรคเบื้องต้น ปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่จำนวน 172 ราย, 167 ราย, และ 199 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมสูงเกินเกณฑ์และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 58.14), 97 ราย (ร้อยละ 58.08) และ 146 ราย (ร้อยละ 73.37) ตามลำดับ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นตาจำนวน 3 ราย ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3b-5 จำนวน 14 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมองจำนวน 4 ราย เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีแม้จะมีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้ความรู้แบบรายกลุ่มในประเด็นเรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดละเลิกบุหรี่และสุรา อีกทั้งยังมีการจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนชวนกันดูแลสุขภาพ แต่ยังคงพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง เป็นการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล โดยวิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงตามความแตกต่างของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพ 2) วางแผนการจัดการดูแล 3) จัดการให้ได้รับการดูแลตามความต้องการทางสุขภาพโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและ 4) ติดตามประเมินผลลัพธ์ [14,15] มีการศึกษาพบว่าการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น[16,17] และทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง[16,17.18] จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ตำบลขัวก่ายอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

สมมติฐานการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับการจัดการรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา มีแนวคิดหลักคือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานด้านสรีรวิทยา ความซับซ้อน ปัจจัยส่งเสริมการเจ็บป่วย ตลอดจนทัศนคติ และความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน19 การจัดการรายกรณีเป็นลักษณะการดูแลแบบหนึ่งของการออกแบบการดูแลในการพยาบาลชุมชนภายใต้องค์ประกอบหลักของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือ Chronic Care Model ของ Wagner20 การจัดการรายกรณีในชุมชนอยู่บนพื้นฐานของบริบทการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนเป็นหลัก โดยการดูแลผู้รับบริการแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคล กระบวนการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวางแผนการจัดการดูแล 3) การจัดการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ มีการดำเนินงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) ติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ตำบลขัวก่าย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 199 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 mg% มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี บริบูรณ์ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานทางตา

ไต เท้า โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ไม่มีปัญหาทางอารมณ์หรือเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช มีเครื่องมือสื่อสารติดต่อทางโทรศัพท์ได้สะดวก และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ไตวาย เป็นต้น หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดูแลต่อเนื่อง (Discontinuation criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลวานรนิวาส หรือกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแบบแผนการรักษา ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ไปทำงานต่างถิ่นระหว่างดำเนินการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก Test family : t test, statistical test เลือก means: Difference between two dependent means (matched pairs) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit & Hungler[21] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีการศึกษาคล้ายกันเรื่องประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดนครนายก[18] พบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการจัดการรายกรณีเท่ากับ 176.27 mg% (S.D.= 43.95) และหลังการจัดการรายกรณีเท่ากับ 152.67 mg% (S.D.= 33.39) คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.59 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน[22] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ตามสูตรดังนี้[23]

$$n_{adjust} = \frac{n}{(1-R)}$$

$$n_{adjust} = \frac{25}{(1-0.15)} = 29.4$$

n ~ 30 ราย

n_{adjust} = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตาม

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 15% เป็นจำนวน 30 ราย

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลภาวะสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกายรอบเอว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 18 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก การให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ การแปลผลข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval scale) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้[24] ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับข้อมูลที่มี

ค่าสูงสุด-ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น แทนค่าได้ในสูตรเท่ากับ 5-1/3=1.33 การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง 2.34-3.66 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) และผลตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังใช้การจัดการรายกรณี 3 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566[3]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแนวทางการจัดการรายกรณี มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อตามดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.93 ส่วนแนวทางการจัดการรายกรณีนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย จำนวน 30 ชุด และพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.76 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาโรคและการจัดการรายกรณี

2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จัดประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้งเปือย ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน และโทรศัพท์เชิญเข้าร่วมโครงการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา ชี้แจงสิทธิ์ในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยแบบภาพรวมเท่านั้น

ขั้นดำเนินการ

การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ออกเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม

ระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) สอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนดำเนินการจัดการรายกรณีด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค้นหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นรายบุคคล 3) ตรวจสอบประวัติระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง 3 เดือนย้อนหลัง , และผลการตรวจระดับ HbA1c ครั้งล่าสุด และ 4) ประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ต่อ 1 ราย

สัปดาห์ที่ 3-4 วางแผนจัดการดูแลรายกรณีตามปัญหาและความต้องการที่ค้นพบ โดยการจัดประชุม ทีมผู้ให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้างเปือย ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน รวม 6 คน ดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) นำเสนอและอธิบายประเด็นปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และความต้องการของผู้ป่วย ให้ทีมสุขภาพได้รับทราบและหาแนวทางการจัดการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย 2) วางแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ 3) กำหนดผลลัพธ์คาดหวังจากการดำเนินการ 4) กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการตามแผน 5) ออกติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างนำเสนอและอธิบายแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาและความต้องการที่ค้นพบ สอบถามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมหรือข้อจำกัดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดได้ พร้อมกับปรับปรุงแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้เหมาะกับบริบทของแต่ละคนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด

สัปดาห์ที่ 5-6 ดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดการรายกรณี โดยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลพร้อมกับให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม พร้อมกับอธิบายถึงความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะราย การออกกำลังกายที่เหมาะกับภาวะสุขภาพ ณ ปัจจุบัน การจัดการความเครียด การใช้ยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างนำยาที่ได้รับมาตรวจสอบว่าใช้ยาตรงตามแผนการรักษาหรือไม่ พร้อมทั้งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดกับการรับประทานอาหาร สอบถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการตามแผนการจัดการรายกรณีสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประมาณ 30-45 นาที

สัปดาห์ที่ 7-10 โทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัย และนัดหมายเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผล ใช้เวลารายละ 5-10 นาที

สัปดาห์ที่ 11-12 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังดำเนินการจัดการรายกรณีเสร็จสิ้นเพื่อ 1) สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบสอบถาม 2) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และผลการตรวจ HbA1c ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 เป็นระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) จึงใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐานความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน paired t - test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2024-091 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย 54.6 ปี (S.D.=8.27 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.7 มีโรคร่วม ร้อยละ 86.7 เป็นโรคเบาหวานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 60.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 46.7 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 33.3 และมีรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 50.0

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.7 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 ระดับดี ร้อยละ 16.7 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 66.7 ระดับปานกลางและระดับดี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 26.7 และระดับดี ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ด้านการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 60.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 และระดับดี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ด้านการรักษาต่อเนื่องอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

หลังได้รับการจัดการรายกรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 และอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ระดับดี ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 46.7 ระดับดี ร้อยละ 30.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีร้อยละ 96.7 และระดับปานกลางร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 13.3 และระดับดี ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ด้านการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 50.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 และระดับดี ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ด้านการรักษาต่อเนื่องอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\bar{X}_1$= 3.08, S.D.=0.38 vs $\bar{X}_2$= 3.32,

S.D.=0.26; t=-4.568, p<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}_1$= 3.23, S.D.=0.47 vs $\bar{X}_2$= 3.49, S.D.=0.34; t=-3.003, p=0.005) ด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}_1$= 4.23, S.D.=0.94 vs $\bar{X}_2$= 4.67, S.D.=0.55; t=-2.904, p=0.007) และด้านการรักษาต่อเนื่อง ($\bar{X}_1$= 4.03, S.D.=0.66 vs $\bar{X}_2$= 4.60, S.D.=0.44; t=-5.613, p<0.001) ส่วนด้านที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการจัดการรายกรณี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวานและด้านการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี		หลังได้รับการจัดการรายกรณี		df	t-test	p
	$\bar{X}_1$	S.D.	$\bar{X}_2$	S.D.			
การรับประทานอาหาร	3.23	0.47	3.49	0.34	29	-3.003	0.005*
การออกกำลังกาย	2.37	1.13	2.70	1.32	29	-1.056	0.300
การจัดการความเครียด	4.23	0.94	4.67	0.55	29	-2.904	0.007*
การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	2.68	0.78	2.82	0.52	29	-1.547	1.33
การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง	2.41	0.93	2.39	0.69	29	0.165	0.870
การรักษาต่อเนื่อง	4.03	0.66	4.60	0.44	29	-5.613	<0.001*
การดูแลตนเองภาพรวม	3.08	0.38	3.32	0.26	29	-4.568	<0.001*

* p<.001

การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar: FBS) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการจัดการรายกรณีเท่ากับ 151.13 mg% (S.D.= 7.19) และหลังได้รับการจัดการรายกรณีเท่ากับ 128.63 mg% (S.D.=14.93) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงหลังได้รับการจัดการรายกรณีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (t=8.527, p<0.001)

ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการจัดการรายกรณีเฉลี่ยเท่ากับ 7.87 mg% (S.D.=0.76) หลังได้รับการจัดการรายกรณีเฉลี่ยเท่ากับ 7.66 mg% (S.D.=0.63) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังได้รับการจัดการรายกรณีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=2.583, p=0.015) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงและระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

ตัวแปร	ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี		หลังได้รับการจัดการรายกรณี		df	t-test	p
	$\bar{X}_1$	S.D.	$\bar{X}_2$	S.D.			
*FBS (mg%)	151.13	7.19	128.63	14.93	29	8.527	<0.001*
HbA1c (mg%)	7.87	0.76	7.66	0.63	29	2.583	0.015**

*FBS (Fasting blood sugar)=ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง, * p<.01,**p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นการจัดบริการที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนที่สอดคล้องกับนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นชุมชนเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีกระบวนการจัดการแบบ Primary Care Cluster[24] การศึกษานี้จึงนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการจัดการรายกรณีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร[16] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของดวงรัตน์ อินทรแสน[17] ที่พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี โกศลจิตรและเปรมฤทัย น้อยหมื่นไว[18] ที่พบว่าการจัดการรายกรณีทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงอย่างมีประสิทธิภาพและการศึกษาของดวงรัตน์ อินทรแสน[17] ที่พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของเพ็ญศรี ปัญจขันธ์และคณะ[26] ที่พบว่าการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้เทคนิคการถาม 3 คำถามสุขภาพและการสอนกลับทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ ซึ่งอธิบายได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[27] เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบนพื้นฐานของความแตกต่างของปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีขั้นตอนดำเนินการได้แก่ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะราย และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนจัดการดูแลโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการจัดการตนเองที่สามารถปฏิบัติได้จริงและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังจากนั้นจึงดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่วางไว้พร้อมกับปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามบริบทของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมพร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและติดตามผลลัพธ์เป็นระยะๆ ตลอดจนการเยี่ยมบ้านเพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง จากการผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้จากการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย กระบวนการเหล่านี้ล้วนกลไกในการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามบริบทของตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและหากปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ผลการศึกษานี้ยืนยันให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการราย

กรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างแท้จริง ถึงกระนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้นจึงศึกษาเฉพาะตัวแปรที่สามารถวัดได้ในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรวางแผนพัฒนาสมรรถะพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชนให้มีทักษะและความชำนาญในการเป็นผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติงาน ควรนำแนวทางการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรายใหม่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีให้อยู่ในระยะสงบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย ควรติดตามศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่องตลอดจนศึกษาตัวแปรสำคัญอื่นๆเพิ่มเติมที่สามารถวัดในระยะยาว ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายหรือรอบเอว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปี 5 ปี และ 10 ปี จะทำให้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization[WHO]. Diabetes: overview. Retrieved April 3, 2024. Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

2.กรมการแพทย์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

3.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.

4.Oba N, Barry CD, Gordon SC, Chutipanyaporn N. Development of a nurse-led multidisciplinary based program to improve glycemic control for people with uncontrolled diabetes mellitus in a community hospital, Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2020, 24(3),349-362.

5.Tunsuchart K, Lerttrakarnnon P, Srithanaviboonchai K, Likhitsathian S, SKulphan S. Benefits of brief group cognitive behavioral therapy in reducing diabetes-related distress and HbA1c in uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020,17(15),5564.

6.Chrvala Ca, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns 2016;99:926-943.

7.He X, Li J, Wang B, Yao Q, Li L, Song R, et al. Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. Endocrine 2017;55:712-731.

8.Humayan MA, Jenkins E, Knott J, Ryder J, Shaban C, Weiss M. et al. Intensive structured education for type 1 diabetes management using BERTIE: long-term follow-up to assess impact on glycemic control and quality of life indices. Diabetes Res Clin Pract 2018;143:275-281.

9. Bluml BM, Kolb LE, Lipman R. Evaluating the impact of year-long, augmented diabetes self-management support. Popul Health Manage 2019;22:522-528.

10. Sukchaisong N, Pichayapinyo P, Lagampan S, Saslow LR, Aikens JE. Effectiveness of the mindfulness-based diabetes self-and family management support program among adults with uncontrolled diabetes: A randomized controlled trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2022,26(3),517-532.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2563-2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. Dedefo MG, Abate SK, Ejeta BM, Korsa AT. Predictors of poor glycemic control and level of glycemic control among diabetic patients in west Ethiopia. Anals of Medicine and Surgery 2020,55,238-243.
13. Rasheed M, Islam N, Mahjabeen W. Factors associated with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Journal of Islamabad Medical and Dental College 2015,4(2),68-71.
14. อภิชาติ ใจใหม่และกฤตพันธ์ ฝึกฝน. การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารการพยาบาลสาธารณสุขและการศึกษา 2561,19(2),17-18.
15. Mullahy CM, & Jensen DK. The Case Manager's Handbook. Massachusette: Jones and Bartlett;2004
16. อุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562,28(ฉบับพิเศษ),146-151.
17. ดวงรัตน์ อินทรแสน. ผลการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2564;1(1):64-75.
18. ราตรี โกศลจิตรและเปรมฤทัย น้อยหมื่นไว. ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร 2560,44(1),26-38.
19. ปริศนา วะสี, มยุรฉัตร ด้วงนคร, บุษบา อัครวนสกุล, วรรณิภา จะเรียมพันธ์, ชนาวิทย์ สิทธิสมบัติ และกฤตพัทธ์ฝึกฝน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วาสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2561,19(1),27-39.
20. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q 1996,74(4),511-544.
21. Polit DF, & Hunger BP. Nursing Research: Principle and Methods. (6th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;1999.
22. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
23. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
24. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.;1977.
25. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา;2560.
26. เพ็ญศรี ปัญจขันธ์, อภิชาต ใจใหม่, และกฤตพัทธ์ ฝึกฝน. ผลของการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้เทคนิคการถาม 3 คำถามสุขภาพ และการสอนกลับต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2567,19(2),16-30.
27. ปัฐยาวัชร ปรากฏผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง Nurse Case Manager for Chronic Disease. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี 2560, 28(10), 112-121.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลอาชีวอนามัยในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีตกจากที่สูงและกระดูกสะบ้าหัก ก่อนกลับเข้าทำงาน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสกลนคร

Occupational Health Nursing Care for a Patient with Fall-from-Height Injury and Patellar Fracture Before Returning to Work: A Case Study at Sakon Nakhon Hospital.

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 10,2024)

กมลทิพย์ จันทรัตน์[1]
Kamolthip Chantarat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลอาชีวอนามัย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี อาชีพช่างไฟฟ้าประจำโรงงานมาเป็นระยะเวลา 7 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล อุบัติเหตุตกจากที่สูง 4 เมตรขณะถอดหม้อแปลงไฟฟ้าเก่า การวินิจฉัยเป็น Open fracture at left patella ได้รับการรักษาผ่าตัด ระหว่างนั้นพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อ มีความซับซ้อนในการดูแล และผู้ป่วยใช้เวลานานในการพักฟื้น โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของซิสเตอร์คอลลิสตา รอย (Roy's Adaptation Model) พักรักษาตัวทั้งสิ้นเป็นเวลา 6 เดือน วิธีการศึกษาโดยการศึกษารวบรวมข้อมูล พร้อมกับการดูแลเคส และเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ตามหลักการการดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน (Return to work) กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า รายนี้มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ตั้งแต่การประสานงานเพื่อขอรับเงินค่าชดเชยจากกองทุนเงินทดแทน การดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การประสานงานนายจ้างและหัวหน้างาน โดยรายนี้ได้รับเงินชดเชยหยุดงานทั้งสิ้นเป็นเวลา 6 เดือน และกลับเข้าทำงานตำแหน่งเดิมได้ โดยปรับลักษณะงาน และจำกัดการขึ้นที่สูง

คำสำคัญ: การพยาบาลอาชีวอนามัย กระบวนการดูแลก่อนกลับเข้าทำงาน กระดูกสะบ้าหัก

Abstract

This occupational health nursing study focuses on a case of falling from height with patellar fracture. This study examines occupational health nursing care for a 38-year-old Thai male who had worked as an electrical technician at a factory for 7 years. The patient was admitted to the hospital after falling from a height of 4 meters while removing an old power transformer. He was diagnosed with an open fracture of the left patella and underwent surgery. During treatment, complications from infection occurred, requiring complex care and extended recovery time. The study applied Sister Callista Roy's Adaptation Model, with a total treatment period of 6 months. The methodology involved data collection while providing care and analysing patient medical records according to return-to-work care principles, establishing nursing diagnoses, specifying nursing activities, and evaluating outcomes following the nursing process.

The study results found that this case had complex care needs, ranging from coordination to receive compensation from the Workmen's Compensation Fund, physical rehabilitation care from related multidisciplinary professionals, and coordination with employers and supervisors. This case received compensation for being off work for a total of 6 months and was able to return to work in the same position, with work characteristics adjusted and restrictions on being able to climb to heights.

Keywords: Occupational Health Nursing, Return to Work Process, Patellar Fracture

บทนำ

จากรายงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน พบสถิติการบาดเจ็บจากการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

ทำงานโดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คือ ปี 2562 มีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานสูงถึง 379,057 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 593 รายต่อแรงงาน 100,000 คน[1] ข้อมูลของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ได้รายงานว่า ในปี 2564 มีผู้ประสบอุบัติเหตุจากการตกจากที่สูงระหว่างการทำงานจำนวน 5,283 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของอุบัติเหตุหนักทั้งหมด โดยเป็นอันดับ 2 รองจากการถูกวัสดุหล่นใส่[2] และจากข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization - ILO) พบว่าการตกจากที่สูงเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในอุตสาหกรรมก่อสร้างทั่วโลก[3] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและคนทำงานที่ได้รับบาดเจ็บได้รับการรักษาทางการแพทย์จนสิ้นสุดกระบวนการแล้ว คนทำงานเหล่านี้ก็ต้องกลับเข้าทำงาน แต่ความพร้อมของสภาพร่างกายในการกลับเข้าทำงานหลังการบาดเจ็บของแต่ละคนนั้นอาจมีไม่เท่ากัน การตกจากที่สูงเป็นประสบการณ์ที่น่ากลัวและอาจส่งผลกระทบทางจิตใจอย่างมากต่อคนงาน[4] มีความเสี่ยงที่จะเกิดความหวาดกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการกลับไปทำงานในตำแหน่งเดิมหรือในสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความทรงจำเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวหรือความวิตกกังวลต่อการทำงานในอนาคต

การกลับเข้าทำงานหลังจากได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานนั้น เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและซับซ้อน โดยมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายและนิยามขององค์ประกอบของกระบวนการนี้ไว้ เช่น Krause et al. (1998)[7] ได้อธิบายว่า เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกลับมาทำงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพหลังจากหายจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย โดยองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย การวางแผนเพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมการทำงาน การดูแลฟื้นฟูสุขภาพของพนักงาน และการติดตามประเมินผลการกลับเข้าทำงาน

ในด้านการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการจัดการกลับเข้าทำงาน Kornfeld และ Feldman (2012)[8] ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของพยาบาลในการเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว นายจ้าง และทีมสหวิชาชีพ บทบาทของพยาบาลในกระบวนการนี้ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้และคำแนะนำ การประสานงานกับนายจ้างและสถานประกอบการ การติดตามและประเมินผล การสร้างแรงจูงใจและกำลังใจ

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับพนักงานที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสะบ้าหักนั้น Bonner et al. (2020)[6] ระบุว่าแนวทางสำคัญประกอบด้วย 1) การรักษาทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดเกี่ยวกระดูก การใส่โลหะเสริม 2) การฟื้นฟูกายภาพบำบัดเพื่อกลับมามีการเคลื่อนไหวและใช้งานอวัยวะที่บาดเจ็บได้อย่างเต็มที่ 3) การปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน อุปกรณ์ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และ 4) การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยในการกลับเข้าทำงานของพนักงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลอาชีวอนามัยในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีตกจากที่สูงและกระดูกสะบ้าหัก ก่อนกลับเข้าทำงาน

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน อาชีพช่างไฟฟ้าประจำโรงงานมาเป็นระยะเวลา 7 ปี ณ โรงงานผลิตแป้งมันที่มีโรงไฟฟ้าชีวมวลอยู่ภายในบริเวณเดียวกัน ในจังหวัดสกลนคร หน้าที่หลักประกอบด้วยการซ่อมบำรุงระบบไฟฟ้าภายในโรงงาน การบำรุงรักษาระบบไฟฟ้าตามแผนงาน การเดินสายไฟ และดูแลหม้อแปลงไฟฟ้า

ทำงานเฉลี่ย 6 วันต่อสัปดาห์ วันละ 8 ชั่วโมง มักจะทำล่วงเวลาเพิ่ม 1-2 ชั่วโมงต่อวัน

ผู้ป่วยเดินทางไปกลับจากบ้านมาที่ทำงานด้วยการขับขี่รถจักรยานยนต์ระยะทางประมาณ 80 กิโลเมตรต่อวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ดื่มสุราเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือตามโอกาสเข้าสังคมกับเพื่อน ไม่สูบบุหรี่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้ที่ทำงาน วันที่ 31 สิงหาคม 2566 เวลา 9.40 น. ด้วยอุบัติเหตุตกจากที่สูง 4 เมตรขณะถอดหม้อแปลงไฟฟ้าเก่าออกจากเสาไฟในโรงงาน เนื่องจากคานรับน้ำหนักหลุด ผู้ป่วยไม่ได้สวมเข็มขัดนิรภัยเพราะเป็นเสาไฟเก่าที่ไม่มีจุดยึด ได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลสกลนครเวลา 13.45 น. เพื่อการรักษาที่เหมาะสม

อาการสำคัญและการรักษา

แรกรับที่โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสลบหรืออาเจียน เข่าซ้ายผิดรูป มีรอยแผลเปิดบริเวณเข้าซ้าย

การตรวจร่างกายแรกรับ

- สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37°C, BP 114/68 mmHg, PR 89/min, RR 18/min
- Glasgow Coma Scale: E4V5M6
- Pupil 3/3 mm, reactive to light both eyes
- Distal pulse 2+ all extremities
- Pain score 8/10

การตรวจพิเศษและผล Lab

- X-ray left knee: พบ Open fracture at left patella
- CBC: ปกติ

การรักษาที่ได้รับ

Admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 ได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง:

วันที่ 31 ส.ค.: OB OR + figure of 8 c Cerclage line

วันที่ 8 ก.ย.: DB knife line

วันที่ 20 ก.ย.: DB reamer/suture PT tendon

วันที่ 25 ก.ย.: DB

วันที่ 27 ก.ย.: DB + ATB PMMA

วันที่ 9 ต.ค.: DB + PMMA

การดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อน

หลังผ่าตัด 2-4 วัน มีไข้ 38.0-38.4°C เป็นบางเวร

LAB: H/C 2 ขวด: ปกติ, Melioid titre: positive 1:40

พบการติดเชื้อที่แผล ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการฝังยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่ (PMMA)

ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหว

ระยะเวลาการรักษา

รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน

กลับมา Admit ซ้ำเพื่อผ่าตัดนำ PMMA ออกอีก 7 วัน

พักฟื้นที่บ้านและติดตามการรักษาที่ OPD รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน

การติดตามการรักษา

OPD MED ครั้งที่ 1 (12 ธ.ค.): แผลแห้งดี ไม่ปวดเข่าซ้าย เดินโดยใช้ไม้พยุง

OPD ORTHO (5 ม.ค.): Knee F/E: 45/5 องศา ใช้ไม้ช่วยพยุง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอุบัติเหตุการทำงานตกจากที่สูง 4 เมตร เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2566 แรกรับที่โรงพยาบาลโพนนาแก้ว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีเข่าซ้ายผิดรูป มีแผลที่ศีรษะและแผลถลอกที่ข้อศอก จึงส่งต่อมายังโรงพยาบาลสกลนคร เวลา 13.45 น. เมื่อมาถึงโรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าซ้ายมาก pain score 8/10 แพทย์ส่งตรวจ X-ray พบ Open fracture at left patella จึงวางแผนผ่าตัดใส่ลวดยึดกระดูกในวันเดียวกัน

ช่วง 2-4 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ 38.0-38.4°C ทางทีมแพทย์จึงส่งตรวจเพิ่มเติมพบ Melioid titer positive 1:40 ทำให้ต้องปรับแผนการรักษา มีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ และ

ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง เพื่อทำความสะอาดแผลและฝังยาปฏิชีวนะเฉพาะที่ (PMMA) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจึงเพิ่มออกไปเป็น 1 เดือน และต้องกลับมา admit ซ้ำอีก 7 วันเพื่อผ่าตัดนำ PMMA ออก

ในฐานะพยาบาลอาชีวเวชกรรม การดูแลในระยะแรกเน้นการประสานงานกับกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเหมาะสม เนื่องจากการบาดเจ็บเกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังต้องติดต่อกับนายจ้างเพื่อรายงานสถานการณ์และคาดการณ์ระยะเวลาในการหยุดงาน ซึ่งในช่วงแรกประเมินว่าจะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่ามีข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากบ้านอยู่ห่างไกล และปกติผู้ป่วยเป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะหลักของครอบครัว จึงต้องอาศัยน้องชายที่อยู่อีกหมู่บ้านมารับส่ง พยาบาลจึงต้องประสานงานระหว่างแผนก OPD อายุรกรรมและออร์โธปิดิกส์เพื่อจัดตารางนัดให้ตรงกัน ลดจำนวนครั้งในการเดินทาง และประสานกับ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อช่วยติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงใช้การติดตามทางวิดีโอคอลเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟู

ในช่วง 3 เดือนแรก ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยทีมกายภาพบำบัด มีการติดตามประเมิน Barthel Index ทุกสัปดาห์ เพื่อดูพัฒนาการในการช่วยเหลือตนเอง ระหว่างนี้พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงาน โดยเฉพาะความกลัวว่าจะถูกย้ายไปทำงานเอกสารซึ่งไม่ถนัด

ในช่วงก่อนกลับเข้าทำงาน พยาบาลอาชีวเวชกรรมได้ทำการประเมินความพร้อมร่วมกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยแบ่งการประเมินเป็นหลายด้าน ได้แก่ การประเมินทางกายภาพพบว่า ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเล็กน้อย สามารถนั่งและลุกจากเก้าอี้ได้โดยไม่ต้องใช้แขนช่วยพยุง การประเมิน Range of Motion ของเข่าซ้ายพบว่า Flexion/Extension อยู่ที่ 45/5 องศา ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของเข่าอย่างมาก โดยเฉพาะการงอเข่า ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การนั่งยอง การขึ้นลงบันได การนั่งคุกเข่า การเข้าห้องน้ำแบบนั่งยอง ผู้ป่วยยังมีอาการปวดเข่าเล็กน้อยเมื่อลงน้ำหนักมาก แต่ไม่มีผลต่อการทำงานทั่วไป คะแนน Barthel Index อยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด

การประเมินด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมและกระตือรือร้นที่จะกลับไปทำงาน แต่ยังมีความกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในที่สูง พยาบาลจึงได้ประสานกับนายจ้างเพื่อประเมินลักษณะงานที่เหมาะสม โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงาน (Job Risk Assessment) และแบบประเมินความสามารถในการทำงาน (Work Ability Assessment)

จากการประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานจริง พบว่างานช่างไฟฟ้าในโรงงานสามารถแบ่งได้เป็นงานระดับพื้น เช่น การซ่อมบำรุงเครื่องจักร การตรวจสอบระบบไฟในโกดัง และงานที่ต้องขึ้นที่สูง เช่น การซ่อมหม้อแปลง การเดินสายไฟบนเสา ทีมสหวิชาชีพจึงมีความเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานในส่วนที่ไม่ต้องขึ้นที่สูงได้อย่างปลอดภัย

แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ได้ออกเอกสารรับรองความพร้อมในการกลับเข้าทำงาน โดยระบุข้อจำกัดและคำแนะนำในการทำงาน ได้แก่ 1) หลีกเลี่ยงการทำงานบนที่สูงเกิน 2 เมตร 2) หลีกเลี่ยงการย่อตัวหรือนั่งยองๆ 3) ควรมีเพื่อนร่วมงานช่วยในการยกของหนัก และ 4) ให้ใส่ knee support ขณะทำงาน พร้อมทั้งนัดติดตามอาการทุก 1 เดือนใน 3 เดือนแรกหลังกลับเข้าทำงาน

พยาบาล**อาชีวอนามัย**ได้จัดทำแผนการติดตามดูแลหลังกลับเข้าทำงาน โดยประสานกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานของโรงงานให้ช่วยสังเกตและรายงานหากพบปัญหา มีการให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อโดยตรงกรณีฉุกเฉิน และวางแผนการเยี่ยมประเมินการทำงาน ณ สถานประกอบการหลังกลับเข้าทำงาน 1 เดือน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการทำงานได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

การดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 6 เดือน และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และนายจ้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าทำงานในตำแหน่งเดิมได้ โดยมีการปรับลักษณะงานให้เหมาะสม และได้รับความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำงาน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพยาบาลอาชีวอนามัยในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีตกจากที่สูงและกระดูกสะบ้าหักรายนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมและการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจดังนี้

1. การใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) ในการวางแผนการพยาบาลได้ช่วยให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์กับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ ศรีประเสริฐ (2563)[5] ที่พบว่าการใช้ทฤษฎีนี้ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูระยะยาว

2. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่พบในผู้ป่วยรายนี้ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bonner et al. (2020)[6] ที่พบว่าการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วย open fracture และต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น การที่พยาบาลสามารถปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา

3. ความสำเร็จในการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ นายจ้าง และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Krause et al. (2018)[7] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการกลับเข้าทำงาน

4. การประเมินความพร้อมก่อนกลับเข้าทำงานอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมการทำงาน ช่วยให้สามารถวางแผนการปรับงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางของ Kornfeld และ Feldman (2012)[8] ที่เน้นความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวมก่อนการกลับเข้าทำงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงกับผู้ป่วยทุกราย แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานได้ โดยเฉพาะในประเด็นต่อไปนี้:

1. การพัฒนาแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนกลับเข้าทำงานที่เป็นมาตรฐาน
2. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล สถานประกอบการ และชุมชน
3. การใช้เทคโนโลยี เช่น การติดตามทางวิดีโอคอล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน และพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานสำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1 สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. (2563). รายงานประจำปี 2562 กองทุนเงินทดแทน. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

2 สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. (2565). สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและสาเหตุที่ประสบอันตราย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

3 สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน (ส.อ.ป.). (2564). มาตรฐานการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยสำหรับงานบนที่สูง. กรุงเทพฯ: สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน.

4 Cleveland Clinic. (2023). Acrophobia (Fear of Heights). Retrieved March 20, 2024, from https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21956-acrophobia-fear-of-heights.

5 วิลาวัลย์ ศรีประเสริฐ. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(4), 20-30.

6 Bonner, T. J., Eardley, W. G., Patterson, P., & Gregg, P. J. (2020). The effect of post-operative infection on outcome following internal fixation of open fractures: A systematic review and meta-analysis. Journal of Bone and Joint Surgery, 92(B), 1490-1495.

7 Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (2018). Modified work and return to work: A review of the literature. Journal of Occupational Rehabilitation, 28(4), 429-454.

8 Kornfeld, S., & Feldman, R. (2012). Return to work after injury: A comprehensive approach to worker rehabilitation. Occupational Health Nursing, 60(10), 449-456.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา

Nursing Care in Patients with Gingival Cancer with Penetrating Wound Receiving Palliative Care: A Case Study Surin Maneechay.

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 10,2024)

สุรินทร์ มณีฉาย[1]
Surin Maneechay[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา แนวทางให้การพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลของเนื้อหา แสดงสภาวะการเจ็บป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์และการปรับตัวเผชิญกับความเครียด พยาบาลได้วางแผนประสานกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการประสานข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและมีกิจกรรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นรูปธรรม
คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุ, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

A case study on nursing care for patients with gingival cancer presenting with penetrating wounds and receiving palliative care aimed to explore the pathology, disease progression, treatment approaches, nursing care methods, and health assessment based on Gordon's 11 functional health patterns. The study analyzed the data using content analysis and presented the illness condition through the five steps of the nursing process.

The findings revealed that patients faced health perception and management issues, nutrition and metabolism, daily activities and exercise, rest and sleep, self-concept, and coping with stress. Nurses developed a care plan involving continuous collaboration with multidisciplinary teams and related networks. This approach emphasized effective communication with healthcare service providers and the implementation of empowering activities for both patients and their families. These efforts were carried out in a structured and practical manner to enhance care outcomes.
Keywords: Nursing, Perforated Oral Cancer, Palliative Care

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็น สาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย มะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์เจริญเติบโต ผิดปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อมะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายเนื้อเยื่อใกล้เคียงและกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ ซึ่งเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดจะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น[1] มะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกเป็นมะเร็งที่พบได้น้อย พบในผู้ใหญ่วัยกลางคนโดย อายุโดยเฉลี่ยประมาณ 50 ปีขึ้นไปและจะพบได้สูงขึ้นในอายุที่มากขึ้น พบได้น้อยในเด็กโตและมักพบ ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย พบในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา[2] โรคมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือก เป็นโรคมะเร็งที่พบได้น้อยเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ โรคนี้พบมากในผู้สูงอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่ในปัจจุบันสามารถพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งมีสาเหตุการเกิดมะเร็งช่องปาก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี.

บริเวณเหงือกไม่สามารถทราบแน่ชัด[3] แต่ปัจจัยส่งเสริมของการเกิดมะเร็ง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดเชื้อเรื้อรัง การเกิดฝ้าขาวแดงที่ลิ้นเรื้อรัง แผลเรื้อรังที่เหงือกที่เกิดจากการใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี หรือมีการอักเสบเรื้อรังที่เหงือก ก้อนแผลโตขึ้น รักษาไม่หาย โดยแผลมักมีเลือดออกได้ง่าย ถ้ามีการติดเชื้อที่แผลหรือเมื่อแผลลุกลามเข้าเส้นประสาทร่วมด้วย และมีกลิ่นปากเรื้อรัง[4] ปัญหามะเร็งช่องปากยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยพบมากเป็นลำดับที่ 18 จาก 36 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบทั่วโลก ในปี พ.ศ.2561 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ 354,864 ราย และมีจำนวน ผู้เสียชีวิตถึง 177,384 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 และ 1.9 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดตามลำดับ สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 6 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ในเพศชายพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 5.15 ในเพศหญิงพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็น อันดับ 8 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 1.98 พบได้ตั้งแต่อายุ 25 – 90 ปี ส่วนใหญ่พบใน ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งช่องปากคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การ บริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก การมีสิ่งที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก เช่น การใส่ฟันปลอม ที่ไม่พอดี เป็นต้น

จากสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี พ.ศ.2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับ การรักษาด้วยโรคมะเร็งลิ้นจำนวน 107 คน, 120 คน และ 120 คน ตามลำดับ ร้อยละ 34.3 เป็นผู้ป่วย มะเร็งในระยะลุกลามและส่งต่อดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหนองม่วง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้การดูแลครอบคลุมทั้งสิ้น 6 ตำบล มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหนองม่วง 3 ปีย้อนหลังพบว่าปี พ.ศ.2563 มีจำนวน 103 ราย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 114 รายและปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน ราย 149 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 1 รายทุกปี[5] จากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าร้อยละ 50 มีสภาพช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอุปกรณ์ติดตัว เช่น สายยางให้อาหาร ท่อหลอดลมคอ บางรายมี แผลกดทับเกิดขึ้นขณะรับการรักษา ส่งผลให้การดูแลที่บ้านมีความยุ่งยาก และซับซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เกิดความเครียด วิตกกังวล กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวม การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ การจัดการภาวะคุกคามที่เกิดกับผู้ป่วย รวมทั้งดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษามีความสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลามสำหรับกรณีศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยเป็นพระสงฆ์ที่มีแผลทะลุบริเวณใต้คาง เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กระบวนการรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา และดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง[6] โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจผู้ป่วยจนสามารถแก้ไขและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ตลอดจนสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงครอบครัวผู้ป่วยที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในสภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนซึ่งคุกคามชีวิต ขณะที่อยู่ที่วัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าของชีวิตผู้ป่วยได้อย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง

3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยใช้ กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ราย เริ่มการศึกษาตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2567 จนถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 79 วัน ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) จำนวน 5 ขั้นตอน (อรนันท์ หาญยุทธ, 2565) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon, 1994)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2. ทบทวนศึกษาข้อมูลทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศึกษาการรักษาโรคมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

3. ขออนุญาตผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. รวบรวมข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วย จากการซักประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนวิถีการดำเนินชีวิต การเยี่ยมติดตามอาการป่วยที่วัดจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติเกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วย

5. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Secondary data) ข้อมูลการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

6. นำข้อมูลที่ได้จากศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล

7. ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

8. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและสรุปผลการศึกษา

9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 49 ปี สถานภาพสมรสแยก เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทพระสงฆ์ ผู้ดูแล น้องชาย น้องสาวและเจ้าอาวาสวัด วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับส่งต่อจากงานผู้ป่วยในเพื่อดูแลต่อเนื่อง ในวันที่ 4 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 79 วัน โดยเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย ในวันที่ 22 สิงหาคม 2567

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีเลือดสีแดงสดออกจากช่องปาก 3 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดฟัน ไปถอนฟันที่คลินิกเอกชน จำนวน 9 ซี่

ภายใน 15 วัน หลังถอนฟัน เหงือกบวม มีแผลที่เหงือกล่างด้านซ้าย ไม่หายจึงมาพบ ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองม่วง ตรวจพบ lymphadenopathy บริเวณใต้คาง คลำค่อนข้างแข็ง edentulous area 42-

43 พบ mass มีรอยโรคขาวแดง ขนาดประมาณ 2 x 1 cm กดเจ็บ และ floor of mouth ข้างขวาพบแผลหวำเข้าไปด้านใต้สันเหงือก ขอบเขตประมาณ 3 cm ส่งรักษาต่อที่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตรวจพบ mass at anterior lower gum ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผล Moderately differentiated squamous cell carcinoma ตรวจ CT neck chest abdomen (19 มีนาคม 2567) ผล Large enhancing infiltrative mass lesion measuring 6.7x3.7x3.0 cm in size, involving bilateral oral tongue, right side tongue base, bilateral floor of mouths with extension as described, consistent with known of malignant tumor. Multiple cervical lymphadenopathies at bilateral submandibular regions and bilateral cervical level I, suggested metastatic node A 6 mm solid nodule at superior segment of RLL; indeterminate nature. no liver or bone metastasis แพทย์วินิจฉัย CA Lower gum ส่งต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลที่ลิ้น เจ็บเวลากลืน ตรวจพบ Fungating mass at anterior lower gum involve anterior floor of mouth, anterior tongue, limit tongue movement, Neck: Rt LN level I 3 cm, Lt LN level I 1 cm แพทย์วินิจฉัย Lower gum malignant neoplasm

ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด รักษาโดยการฉายรังสีรักษารักษาโดยการฉายรังสี 10 ครั้ง ครบ และแพทย์วางแผนรักษาเคมีบำบัด นัดครั้งต่อไปวันที่ 6 กรกฎาคม 2567

วันที่ 24 กรกฎาคม – 6 สิงหาคม 2567 มีแผลทะลุใต้คาง รับประทานอาหารเหลว แล้วอาหารไหลออกบริเวณแผล admit ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ On tracheostomy tube และ On Gastrostomy

การวินิจฉัยโรค

1. CA Base of tongue infection wound. Anemia acute blood loss. (4 มิถุนายน 2567)

2. Ca Lower gum T4aN2cM0 (1 เมษายน 2567)

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำรงชีวิต

ผู้ป่วยมาบวชจำพรรษาที่วัด เป็นเวลา 3 ปี ช่วยงานวัดและมีความตั้งใจอยากสร้างบันไดขึ้นเขาวัดให้เสร็จ ซึ่งกำลังก่อสร้างบันไดปูน ได้ 50 ขั้น ยังไม่เสร็จ มีเจ้าอาวาสวัดคอยดูแลสุขภาพ สอนหลักธรรมทางศาสนาและให้กำลังใจ กุฏิปรับปรุงเป็นที่พักสำหรับผู้ป่วยชื่อว่ากุฏิเมตตาชีวาภิบาล หลังคาสังกะสี ผนังไม้และกระจก ห้องพักขนาด 8 x 8 x 3 เมตร ภายในห้องติดแอร์ สะอาดโล่ง ที่นอนผู้ป่วยอยู่ในเต็นท์วางที่พื้นห้อง ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้เตียงนอนแบบโรงพยาบาล มีโต๊ะหมู่บูชาพระข้างที่นอนผู้ป่วย ด้านข้างและกลางห้องมีตู้ โต๊ะและชั้น สำหรับวางของใช้ส่วนตัว อาหารเสริม นมและน้ำผลไม้ ตะกร้าใส่ยาและวัสดุอุปกรณ์ทำแผล มีตู้เย็นแช่อาหารของผู้ป่วย มีการจัดเตรียมใส่กล่องเป็นชุดสำหรับรับประทานเป็นมื้อๆ ด้านนอกห้องเป็นระเบียงไม้ เตียงนอนเล่น สภาพร่มรื่น อากาศถ่ายเทสะดวก มีต้นไม้ล้อมรอบ และด้านหลังห้องพักเป็นห้องน้ำ ระยะทางจากวัดถึงโรงพยาบาล 13 กิโลเมตร เดินทางโดยรถยนต์กระบะของน้องชายหรือรถยนต์ของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที บิดามารดาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ มีพี่น้อง 9 คน พี่น้อง 8 คน ทุกคนแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 4 ผู้ป่วยสนิทกับน้องสาวคนที่ 7 และน้องชายคนที่ 9 มาก โดยเฉพาะน้องสาวเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าปรับปรุงห้องพัก ค่าอาหาร ค่าของใช้ ค่าใช้จ่ายในเดินทางไปรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งค่าเงินเดือนให้น้องชายคนที่ 9 ที่ให้มาเป็นเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและพักอยู่กับผู้ป่วยในกุฏิวัด ผู้ป่วยแยกทางกับภรรยา มีบุตร 2 คน คนที่ 1 เป็นผู้หญิง อายุ 25 ปี แต่งงาน อาชีพแม่บ้าน อยู่ประเทศมาเลเซีย สุขภาพแข็งแรงคนที่ 2 เป็นผู้ชาย อายุ 17 ปี กำลังศึกษาอยู่ ปวช. 1 สาขา

ไฟฟ้า วิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดอุตรดิตถ์ สุขภาพแข็งแรงทุกคน ผู้ป่วยและลูกทั้ง 2 คน สนิทกัน โทรศัพท์คุยกับลูกชายเกือบทุกวัน และส่งเงินลูกชายใช้ทุกเดือน

อุปนิสัยส่วนตัว เป็นคนใจร้อน ค่อนข้างเอาแต่ใจ โกรธง่าย ทำงานเร็ว กระฉับกระเฉง มักทำอะไรด้วยตนเองเสมอไม่ค่อยพึ่งพาใคร

แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	สรุป
1.การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งที่เหงือกระยะลุกลาม ปฏิเสธการผ่าตัด ขอรับการ รักษาโดยการฉายรังสีรักษา	ตรวจพบก้อนขนาดใหญ่บริเวณลำคอและใต้คาง มีแผลแตกกว้าง ประมาณ 6 cms ลึก 2 cms พบสารคัดหลั่งสีเหลืองปนเลือดมีเนื้อตายเป็นสีดำและสีขาว	ผู้ป่วยมีปัญหาการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
2.อาหารและการเผาผลาญอาหาร	มีแผลที่เหงือกและลิ้น กลืนลำบากและเจ็บ รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดลงเรื่อย ๆ	- น้ำหนักตัว 43 กก.ส่วนสูง 160 ซม. BMI เท่ากับ 16.79 กก.ต่อตรม. - ตรวจพบภาวะซีดเล็กน้อย Hct 29.5 %, Hb 9.8 g/dl)	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
3.การขับถ่าย	ปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า อุจจาระมีสีเหลือง	ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองค่อนข้างเข้ม ปริมาณวันละ 1,500-2,000 ซีซี	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการขับถ่าย
4.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สามารถทำได้กิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องมีนคนช่วยเหลือ ไม่ได้ออกกำลังกาย	Motor power grade 4, E4V5M6 มีก้อนที่คาง และมีแผลใต้คางมีสารคัดหลั่งรั่วซึม gauze ที่ปิดไว้	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
5.การพักผ่อนนอนหลับ	กลางคืนนอนหลับๆตื่นๆ ช่วงกลางวันนอนพัก วันละ1-2 ครั้ง รับประทานยาแก้ปวด สามารถนอนหลับได้ประมาณวันละ 5-6 ชั่วโมง	มีท่าทางอ่อนเพลีย ไม่กระปรี้กระเปร่า ง่วงนอน คิ้วขมวด หงุดหงิด มีแผลและก้อนบริเวณคางและคอ	ผู้ป่วยมีปัญหาการพักผ่อนนอนหลับ
6.สติปัญญาและการรับรู้	การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น และรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้อง แต่การรับรสเริ่มผิดปกติ กลืนอาหารลำบากและเจ็บ	การรับรู้เริ่มผิดปกติ หายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางท่อหลอดลมคอ มีเสมหะ ไอออกได้เองค่อนข้างน้อย ต้องดูดเสมหะทุก 1 ชั่วโมง	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการรับรู้
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้การป่วยอาการของโรคและการเจ็บป่วยต่างๆ แต่รับสภาพของโรคไม่ค่อยได้ รู้สึก เครียด วิตกกังวล มีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง รับการรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง	มีแผลที่ช่องปากทะลุไปใต้คางมี discharge ซึมผ้าก๊อซ แผลมี slough สีดำเหลือง หน้าตาดูเคร่งเครียด หงุดหงิด มีความวิตกกังวลใช้มือแตะผ้าก๊อซและลูบบริเวณคางอยู่บ่อยๆ	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์
8.บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว	ผู้ป่วยสนิทสนมกับน้องสาวและน้องชายมาก ซึ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกอย่างของผู้ป่วย		ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านบทบาทและสัมพันธภาพ
9.เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์	ผู้ป่วยเคยมีครอบครัว มีบุตร 2 คน ปัจจุบันบวชเป็นพระสงฆ์		ผู้ป่วยไม่พบปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์
10.การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด	ผู้ป่วยหงุดหงิด สีหน้าเคร่งเครียด บ่นดุส่วนใหญ่ จะเงียบ พูดน้อยลง สีหน้าไม่สด	การประเมิน 2Q , 9Q , ผิดปกติ	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ตารางที่ 1 แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	สรุป
	ชื่น ไม่ค่อยออกสังคม ไม่เล่าปัญหาให้ใครฟัง		
11.คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วยบวชเรียนเพื่อสืบทอดพระพุทธศาสนา โดยมีครอบครัวสนับสนุน		ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านคุณค่าและความเชื่อ

การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

จากข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ สามารถนำมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 4 มิถุนายน 2567 และได้ติดตามประเมินสุขภาพ และ รับไว้ในการดูแลติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน เริ่มวันที่ 4 มิถุนายน 2567 จนถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2567 ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ คอ ช่องปาก และคาง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้านิ่ว คิ้วขมวด ไม่สุขสบาย เอามือจับ ลูบ สัมผัส บริเวณก้อนใต้คาง, Pain score 8/10 คะแนน, ช่องปากบริเวณเหงือกข้างขวา โคนลิ้นมีแผลมีหนอง บริเวณใต้คาง ด้านขวา มีก้อน บวม แดง มีแผล ขนาด 6x4x3 cm ทะลุจากช่องปากออกใต้คางมี Dischargeปนเลือด ซึม เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการปวดศีรษะก้อนบริเวณใต้กรามและคางลดลง พักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่บ่นปวด หรือบอกว่าปวดลดลง, Pain score ลดลง ≤3 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินอาการปวดโดยใช้ Pain Scale สอบถามลักษณะของการปวด ความรุนแรง ความถี่ และ ระยะเวลาเริ่มปวด มีการสังเกต พฤติกรรมการแสดงถึงความปวด 2. แนะนำให้ญาติ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งบันทึกวันที่ เวลา ชนิดของยาที่ให้ โดยให้ยาดังนี้ Morphine SR 20 mg 2x1 oral pc. และให้ยาเพิ่มMorphine IR 10 mg 1 tab oral prn pain q 4-6 hr.และ Tramadol (50) 1x3 oral pc. ให้ญาติสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยามอร์ฟีน เช่น ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน อัตราการหายใจลดลง และรายงานพยาบาล กรณีที่พบว่า sedation score ≥2 คือ มีอาการง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา ถ้าปลุกแล้วตื่นง่ายแต่ไม่อยากพูดคุยโต้ตอบ หรืออัตราการหายใจ ≤ 10 ครั้ง/นาที เพื่อปรึกษาแพทย์ ให้รับประทานยา senokort ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกัน/จัดการอาการอาการท้องผูกที่เกิดจากอาการข้างเคียงของ MO 3. ประเมินปัจจัยอื่นร่วมที่ส่งเสริมทำให้มีอาการปวดมากขึ้น เช่น ปัญหาทางด้านจิตใจส่งผลต่อร่างกายได้ แนะนำผู้ป่วยและญาติ ประคบเย็น เพื่อบรรเทาอาการปวดและทำให้เส้นเลือดหดตัวเลือดออกน้อยลง จัดท่านอนให้ศีรษะสูง และท่าที่สุขสบายเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก และลดการเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและคอ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ลดสิ่งรบกวน ด้านแสง เสียง ให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ 4. แนะนำผู้ป่วยลดการจับ ลูบ สัมผัส บริเวณก้อน บวม แดง บริเวณใต้กราม คางและคอ เนื่องจากจะทำให้เกิดความร้อน การอักเสบ บวม เลือดออก เพิ่มขึ้น ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่บ่นปวด หรือบอกว่าปวดลดลง, Pain score ลดลง ≤3 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลในช่องปาก ใต้คาง มีท่อเจาะคอและมีท่อให้อาหารทางกระเพาะ ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลในช่องปากเริ่มมีหนอง และมีแผลใต้คาง ขนาด 6x4x2 เซนติเมตร	กิจกรรมทางการพยาบาล: 1. แนะนำให้ผู้ดูแลตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. หากผู้ป่วยมีไข้แนะนำเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล ทำให้อุณหภูมิลดลง ทำให้ผู้ป่วยสบายตัว ดูแลให้ Paracetamol (500) 1 tab oral prn q 4-6 hr.

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
Pus culture แผลใต้คาง พบ Numerous Acinetobactor baumanni และ Numerous Staphylococcus haemolyticus (MRCoNS) ผิวหนังรอบ Tracheotomy และ Gastrostomy แดง บวมเล็กน้อย T 37.8 ℃ P 122 /min R 22 /min Pain score = 8/10 ผล WBC 25,480 cell/u และได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากและคอ RT GUM30/10 300cgyx10 ประวัติได้รับยาเคมีบำบัดเป็น C1/6 carboplatin/paclitaxel เป้าหมายการพยาบาล: การติดเชื้อลดลง ปลอดภัยจากการติดเชื้อ เกณฑ์การประเมิน: T≤37.4 ℃ ผล CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ Bleeding จากแผลที่เหงือกทะลุคาง ไม่มีกลิ่นไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ	3. แนะนำดูแลให้ยา Augmentin 1 gm 1x2 oral pc ตาม แผนการรักษาของแพทย์ พร้อมประเมินอาการข้างเคียงคือท้องร่วง ซีดหรือตัวเหลืองตาเหลืองคลื่นไส้ ปัสสาวะเข้มเลือดออกง่ายหรือมีจ้ำเลือด ผื่นตามผิวหนัง ปวดกล้ามเนื้อ ให้แจ้งพยาบาล 4. แนะนำดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนกลางคืน 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง เพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ ลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ วันละ 1,800–2,000 มิลลิลิตร ทางสายยางให้อาหารเป็นการทดแทนการขาดน้ำและลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ 6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสังเกตอาการติดเชื้อเช่น มีไข้ หนาวสั่น แนะนำล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลัง ให้การดูแลหรือการสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย รวมทั้งการใช้หลัก Aseptic technique เป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อ 7. แนะนำดูแล gastrostomy ทำความสะอาดแผลทุกวัน ระวังป้องกันการอุดตันของสาย ไม่ควรหัก หรือพับงอสายนานเกินไปจะทำให้สายแตกหัก ตรวจสอบตำแหน่งไม่ให้เคลื่อนผิดตำแหน่ง สังเกตอาการบวมแดงรอบๆสาย หรือตุ่มเนื้อหนาทำให้มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม หากพบว่าสายให้อาหารหลุด ปิดแผลผ้าก๊อซสะอาดและไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยเร็ว 8. แนะนำ ทำความสะอาดแผลเจาะคอและท่อหลอดลม แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจ 9. แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก จัดอาหารที่มีโปรตีนและให้พลังงานสูงเพื่อช่วยซ่อมแซมและเสริมสร้างเนื้อเยื่อ บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อสังเกตการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบว่าผลการตรวจผิดปกติ จัดสภาพแวดล้อมบริเวณผู้ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคแนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการของตนเอง อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การประเมินผล: T= 37.2 – 37.5℃ ผล White blood cell = 24,612 cell/mm3, Neutrophil = 88 % Lymphocytes 7% แผลที่เหงือกทะลุคาง ไม่มีกลิ่น ไม่มี Bleeding ไหลซึม ผิวหนังรอบๆ แผล Tracheotomy แดง บวม มีเสมหะและ ผิวหนังรอบๆแผล Gastrostomy แดง รูแผลกว้าง Discharge ซึม ทำความสะอาดแผลวันละ 2-4 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับน้ำ 1,500-2,000 ml
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและขาดความรู้ในการเตรียมอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนการ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีฟัน 3 ซี่ บริเวณเหงือกโคนลิ้นมีแผลใต้คางมีแผลทะลุ อาหารไหลออกทางแผล อ้าปากได้น้อย Bw 43 kg Height 160 cm BMI 16.79 น้ำหนักก่อนเข้ารับการรักษา 22 มีนาคม 2567 Bw 59 kg BMI 23.04 ค่า Albumin ในเลือด 3.2 g/dl ค่า Hb10.8 g/dl Hct 33.7% DTX 168 mg/dl On Gastrostomy tube เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ เกณฑ์การประเมิน: รับประทานอาหารได้ตามปกติ, เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับร่างกาย, ดัชนีมวล	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตามหลักประเมินทางโภชนาการ 2. ให้ความรู้ในการจัดอาหารให้ได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอเหมาะสมกับผู้ป่วยตามที่นักโภชนาการแนะนำ จัดสรรให้ Benderized Diet สูตร 2:1 300 cc x 4 feeds 3. ให้ความรู้ แก่ญาติผู้ป่วย จัดเตรียมอาหาร Benderized Diet โดยใช้แผ่นพับและส่งสื่ออิเล็กโทรนิกส์การเตรียมอาหารปั่น การให้อาหารทางสายยาง 4. ติดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์และติดตามตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่า Hb, Hct, Albumin,DTX ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรับอาหารทางสายยางทางหน้าท้อง และสารอาหารตามที่นักโภชนาการจัดสรรให้ Benderize Diet สูตร 2:1 300 cc x 4 feed เวลา 06.00 น. 12.00 น. 18.00 น. 22.00 น. ทุกมื้อน้ำหนักตัวผู้ป่วย 45 กิโลกรัม น้ำหนัก เพิ่มขึ้นมา 2 กิโลกรัม BMI 17.57 kg./m2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5–22.9 kg./m2, ผลเลือดมี Hb, Hct, Albumin, DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเนื่องจากมีปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อย ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย มีเยื่อบุตาซีด, P122 /min RR 24/min และค่า O2 Sat 93 % ค่า Hct 30.3 % Hb 9.9g/dL เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมิน: ไม่เกิดอาการเหนื่อยหอบ หน้ามืด เป็นลม และใจสั่น, ค่าสัญญาณชีพคงที่ RR 16-20/min P 60-100 /min BP≤120/80 mmHg ค่า O2 Sat ≥95 % ค่า Hb 12.0 – 18.0 g/dl และค่า Hct 36.0 – 56.0 %	กิจกรรมการพยาบาล: 1.ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจหอบตื้น ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว ปวดเมื่อตามตัว มีอาการชีดตามปลายมือปลายเท้า ให้ปรึกษาพยาบาล 2. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 3. ดูแลให้ได้รับประทานยาบำรุงเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ Ferrous fumarate 200 mg 1x3 oral pc. Folic 5 mg 1x1 oral pc. 4. แนะนำและดูแลให้รับประทานสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพิ่มธาตุเหล็กและมีโปรตีนสูง ได้แก่ นม ไข่แดง ตับ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อช่วยไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือด 5. แนะนำหากผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย เนื่องจากออกซิเจนไม่พอ ให้ออกซิเจนทางจมูก 3-4 lit/min 6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hb, Hct หากพบความผิดปกติควรรายงานแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอาการเหนื่อยหอบ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย, ค่าสัญญาณชีพปกติ ค่า O2 Sat มากกว่า 95 % Hb 10.8 g/dl Hct 33.7 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยมีภาวะการสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีก้อน บวม แดง มีแผลในช่องปากบริเวณเหงือกทะลุถึงแผลใต้คาง มีท่อเจาะคอและมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเอามือจับ ปิดบริเวณคางที่มีแผลโดยใช้ผ้าก๊อซ, มีก้อน บวม แดง และแผลในช่องปากบริเวณเหงือกทะลุถึงแผลใต้คางOn Tracheostomy และOn gastrostomy LUQ เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความมั่นใจ คลายความกังวล เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีความมั่นใจต่อการรักษา ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยถามตอบได้ดี	กิจกรรมการพยาบาล: 1.สร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจเพื่อช่วยในการประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย การแสดง พฤติกรรม คำพูด ความวิตกกังวล การยอมรับการเจ็บป่วยและการปรับตัวเข้ารับการรักษา ให้การดูแลด้วยท่าทีเป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ ไว้วางใจได้ ให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยหรือระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ สังเกต ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย 2.แนะนำเทคนิค คิดบวกเบี่ยงเบนความรู้สึก ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ค้นหาความเข้มแข็ง การประสบผลสำเร็จในตัวผู้ป่วยเลือกที่จะนำมาใช้กับการเผชิญปัญหาต่างๆ 3.แนะนำให้ครอบครัว กลุ่มกรรมการ พระสงฆ์ ให้กำลังใจ ชักชวนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ 4.แนะนำเตรียมวัสดุอุปกรณ์ชุดทำแผล ให้เพียงพอ สนับสนุนชุดทำแผลที่ sterile แนะนำทำแผล อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่แผลสกปรก ปิดด้วยผ้า Gauze ที่สะอาด ปิดคลุมแผลใช้หน้ากากอนามัยปกคลุมแผลใต้คาง ใช้ผ้าพันคอปิดบริเวณเจาะคอ เวลาออกไปนอกกุฏิ หรือไปโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองมากขึ้น 5.ติดตามและทำแผลเพื่อร่วมดูแลแผลใต้คาง ทำแผลTracheostomy และgastrostomy 2 ครั้ง/สัปดาห์ ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น พูดคุยถามตอบได้ดี ออกมาพบปะพูดคุยกับคนที่มาเยี่ยม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามการให้ยาเคมีบำบัดจะทำให้แย่หรือดีขึ้นไหม การประเมิน ESAS ความวิตกกังวล 10/10 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล: 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย พูดคุย ซักถามปัญหาด้วยสีหน้าแจ่มใสเป็นมิตร จริงใจ พูดจาสุภาพ เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้พูดคุยปรึกษาซักถามเพื่อให้เกิดความมั่นใจ พร้อมที่จะฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีความมั่นใจต่อการรักษา ประเมิน ESAS ความวิตกกังวล ≤ 5/10 คะแนน	2. ประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออก พูดคุยซักถาม และให้ได้ระบายความรู้สึก 3. แนะนำวิธีการผ่อนคลายหรือเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงทำสมาธิ 4. ให้ความรู้และแจ้งข้อมูลให้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด กระบวนการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 5. ให้กำลังใจผู้ป่วยแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล การประเมินผล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจต่อการรักษา พูดคุยวางแผนรับการรักษาตามแพทย์นัด ญาติโทรติดต่อนัดรักษากับทางโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี การประเมิน ESAS ความวิตกกังวล ≤ 5/10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและไม่สามารถปรับตัวยอมรับต่อสภาวะโรคมะเร็งที่มีการลุกลามรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนซึ่งคุกคามชีวิตผู้ป่วยได้ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด หงุดหงิด กระวนกระวาย ไม่ร่าเริง บางครั้งมีอาการน้ำตาคลอ การประเมิน ESAS ความวิตกกังวล 10/10 คะแนน ญาติจัดเตรียมอาหารหวาน เครื่องดื่มไม่ถูกหลักโภชนาการและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทำแผล จัดรวมกันในตะกร้า ไม่เป็นระเบียบ ไม่สะอาด เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลลดลง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตนดูแลสุขภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนซึ่งคุกคามชีวิตผู้ป่วยได้ เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวล ยอมรับกับภาวะโรคและการดำเนินของโรค การประเมิน ESAS ความวิตกกังวล ≤ 5/10 คะแนน	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการระบายความรู้สึกแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ประเมินระดับความวิตกกังวล สอบถามความวิตกกังวล เกี่ยวกับการรับรู้ อาการของผู้ป่วยและครอบครัว 2.ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อม ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติ ฝึกทักษะให้ญาติ ดูแลและบรรเทาอาการ และเปิดโอกาสให้ซักถาม 3.นัด Family meeting ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจเรื่องแผนการรักษา แนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้น และเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แนะนำส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ 4.พยาบาลแนะนำแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ การประเมินผล: ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย สีหน้าไม่วิตกกังวล ยอมรับการป่วยระยะลุกลามคุกคามชีวิตและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวล ค่าคะแนนการประเมิน ESAS ความวิตกกังวล ≤ 5/10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้หากต้องเสียชีวิต ไม่ต้องการยื้อชีวิตด้วยการปั๊มหัวใจอีก ต้องการเสียชีวิตที่วัด โดยครอบครัวเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วย เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยเขียนเอกสารแสดงความต้องการการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advanced directive) ภายใต้การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วยจากครอบครัว	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. จัดประชุมครอบครัว (Family meeting) เพื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแล ล่วงหน้าของผู้ป่วย ให้ข้อมูลกับครอบครัว โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงข้อดีของการเขียนเอกสารแสดงความต้องการการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advanced directive) และทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย รวมทั้งตัดสินใจระหว่างสมาชิกในทีม เกี่ยวกับแนวทางการรักษา 2. ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามอย่างละเอียด บนพื้นฐานการลุกลามของโรค และความต้องการของผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุและได้รับการแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งหากได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะลุกลามเกิดภาวะวิกฤตจากตัวโรคที่รุนแรงขึ้นหรือระยะสุดท้ายแล้วนั้น โอกาสรักษาหายขาดมีน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากกรณีศึกษาเป็นพระสงฆ์ที่อาพาธ การให้การดูแลพระสงฆ์ การปฏิบัติการพยาบาลต้องระวังสำรวมมากกว่าประชาชนทั่วไป พยาบาลต้องสอบถาม เรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและปรับสถานที่พักกุฏิเมตตาชีวาภิบาลของวัดให้เหมาะสมกับการพักรักษาตัวของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วยผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีข้อมูลการเจ็บป่วยน้อยมาก โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่นระยะของโรค พยาธิสภาพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่รักษา การผ่าตัดต่างๆ การรักษาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ไม่มีต้องประสานขอข้อมูลจากศูนย์ประสานงานการส่งต่อและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลที่ให้การรักษาระดับสูงขึ้นการได้ข้อมูลที่ครบถ้วน รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม ทันเหตุการณ์ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุ ในระยะลุกลาม เกิดภาวะวิกฤตจากตัวโรคที่รุนแรงขึ้นหรือระยะสุดท้ายที่อยู่ในชุมชน เผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ด้วยความยากลำบากมาก ด้วยข้อจำกัด จากด้านศักยภาพของผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เทคโนโลยีการสื่อสารที่ไม่พร้อมและความต้องการที่จะพักรักษาตัวที่วัด ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้พ้นจากความทุกข์ ทั้งกายและใจ ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว เจ้าอาวาสวัด ต้องมีประเมิน วางแผนปรึกษา ประสานงานการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร โภชนาการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก หน่วยจ่ายกลาง งานบริหารรวมทั้งปรึกษาศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ต้องสืบค้นวารสาร เอกสารวิชาการ จัดการพยาบาล ประเมินผลการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว[7,8]

ข้อเสนอแนะ

จากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องถึงการดูแลที่วัด ที่มีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มศักยภาพ ด้วยข้อจำกัด ด้านนโยบาย อัตรากำลัง ภาระงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ต้องส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จนถึงการดูแลต่อเนื่อง ให้ทุกหน่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทราบ

2. กำหนดนโยบาย เพิ่มช่องทางการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยประคับประคองให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น และใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย แบบTelemedicine เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

3. ต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. ต้องมีกิจกรรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นรูปธรรม หรือการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมพลัง อำนาจ ร่วมติดตามเยี่ยมกับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบของการเยี่ยมบ้านและเยี่ยมผ่านโทรศัพท์

5. ต้องประสานงานวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกับชุมชนที่ชัดเจนและสร้างเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมะเร็ง และแหล่งประโยชน์ของ ชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ,ผู้นำชุมชน,มูลนิธิจิ้นง่วนเส็ง,มูลนิธิร่วมกตัญญู, อาสาสมัครสาธารณสุข, จิตอาสา,กรรมการวัด,Care giver, พระคิลานุปัฏฐาก เป็นต้น

6. นำเสนอการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองม่วง (พชอ.) และนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer control Programmes. (2560). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร. Retrieved from http://www.nci.go.th/th/File_download/ D_index/NCCP_2556-2560.
2. ชวลิต เลิศบุษยานุกูล. (2560). มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ เอสออฟเซ็ทกราฟฟิคดีไซน์.
3. พิชิต สิทธิไตรย์. (2562). มะเร็งศีรษะและลำคอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. จิระพงษ์ อังคะรา. (2561). ตำราโสต ศอ นาสิกวิทยา. คณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. กรุงเทพฯ. 604 หน้า.
5. โรงพยาบาลหนองม่วง . (2565). ข้อมูลรายงานประจำเดือนโรงพยาบาลหนองม่วง หน่วยงานผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองม่วง
6. อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด.
7. Gordon, M. (1994) Nursing Diagnosis: Process and Application, 3d Ed. St. Louis: Mosby from Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application (3rd ed.). St. Louis: Mosby
8. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts and Practice (6thed.). St. Louis, MO: Mosby.

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

Case study: Nursing care for patients with ventilator-associated pneumonia caused by drug-resistant bacteria

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 8,2024 ; Accepted: December 10,2024)

ปนัดดา มานะงาน[1]
Panadda Manakarn

บทคัดย่อ

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia: VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีระบบการหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดVAPและเมื่อผู้ป่วยเกิด VAPเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบมักจะเป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างหรือใช้ยาหลายขนาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิต เพิ่มขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันการเกิด VAP และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาของการใส่เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น และสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตมากขึ้น ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจึงเป็นการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a common hospital-acquired infection and a major problem in hospitals that treat patients with ventilators. Patients with heart failure and respiratory failure who require ventilators are at risk of VAP. When patients develop VAP, the pathogens found are often multidrug-resistant. Patients must be treated with broad-spectrum or multidrug-resistant antibiotics, which increases the risk of side effects from medication, requires longer hospital stays, higher treatment costs, and increases the risk of death. Effective nursing care for patients receiving ventilators can help prevent VAP and reduce complications, allowing patients to be safe and return to normal quickly. Ventilator-associated pneumonia is a major cause of longer hospital stays, increased costs, longer duration of ventilator use, and a major cause of increased mortality. The care team for patients with ventilators must have knowledge, understanding, and awareness of its importance, and perform nursing care according to the guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia correctly and continuously, thus preventing pneumonia and reducing the problems and impacts that may occur.

คำสำคัญ: ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, การดูแลระยะวิกฤต

บทนำ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP) หมายถึง การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 2 วันปฏิทินขึ้นไป 1,2 สาเหตุเกิดจากการสำลักเชื้อที่บริเวณช่องปากและลำคอเข้าไป การสูดหายใจเอาเชื้อจากการปนเปื้อนของเชื้อ แบคทีเรียเข้าไป และอาจมีการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียจากการติดเชื้อจากตำแหน่งอื่นเข้าไป ปัจจัยเสี่ยงที่ ส่งผลทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ง่าย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

เอง เช่น อายุ ภาวะทุพโภชนาการ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด การใส่คาท่อช่วยหายใจที่เป็นระยะเวลายาวนาน การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาคลายกล้ามเนื้อ และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ขาดความรู้ ขาดการนิเทศติดตามที่เป็นระบบต่อเนื่อง ไม่มีเวลาอัตรากำลังไม่พอ มีภาระงานมากเกินไปหรือไม่มีคู่มือหรือแนวทางหรือไม่มีอุปกรณ์ที่จะสนับสนุนการปฏิบัติที่เพียงพอ เป็นต้น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาสำคัญของหน่วย บริการสาธารณสุข เสี่ยงต่อเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ด้านครอบครัวมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น โรงพยาบาลปากช่องนานาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S ขนาด 350 เตียง มีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ทั้งใน

หอผู้ป่วยหนัก และสามัญ มีนโยบายในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICC) มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) คณะกรรมการ ICC มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์และการรายงานผลมาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สถิติการเกิดติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลปากช่องนานา ปี 2565 พบ 5.75, 2566 พบ 1.80 และ2567พบ 3.36 ครั้งต่อ 1000 วันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทางโรงพยาบาลได้มีการนำแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ มาใช้ในโรงพยาบาล คือ WHAPO ้แก่ Wean, Hand hygine, Aspiration precaution, Prevent contamination, Oral care มีการทบทวนปรับปรุงเครื่องมือแบบประเมินการปฏิบัติ เพื่อเป็นการวางระบบนิเทศกำกับติดตาม หากยังพบว่าอัตราการเกิด VAP ยังลดลงไม่มาก ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษา ผู้ป่วยที่เกิดVAPร่วมกับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia; VAP) เป็นภาวะ ติดเชื้อแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุการเกิด VAPที่สำคัญและพบได้บ่อยได้แก่ การสำลัก การสูดหายใจเอาละอองฝอยที่ปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ การแพร่กระจายเชื้อจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น และการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมภายนอกผู้ป่วย เชื้อจุลชีพก่อโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ Abaumannii ร้อยละ 28.2, P.aeruginosa ร้อยละ 17.8 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดVAP ได้แก่ ระยะเวลาการใช้ เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ภาวะ เจ็บป่วย ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ การสูบบุหรี่ การได้รับยาสเตียรอยด์การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ การใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Tracheostomy tube การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การจัดท่านอนศรีษะราบ ระดับ ความรู้สึกตัว และการได้รับยาลดกรด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เมื่อเกิดVAP จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสถานพยาบาล ได้แก่ เพิ่มอัตราตายในผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 9-50 เพิ่มจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลา การใช้เครื่องช่วยหายใจและค่ารักษาพยาบาล

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของ CDC เป็นแนวปฏิบัติที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 4 มาตรการ (W.H.A.P) ได้แก่ 1) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Wean patient: W) 2)การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene:H) 3)การป้องกันการสูดสำลักเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่าง (Aspiration precautions:A) และ 4)การป้องกันการปนเปื้อน (Prevent contamination: P) สำหรับโรงพยาบาลปากช่องนานาได้ประยุกต์แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAPของ CDC ดังกล่าว โดยเพิ่มเติม

อีก 1 มาตรการ คือการดูแลช่องปากและฟัน (Oral care) เป็น WHAPO ร่วมกับการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (SHIP bundle of care)ได้แก่ การแยกอุปกรณ์ของใช้ผู้ป่วยเฉพาะราย (S = single) การล้างมือ (H = hand hygiene) การใช้ห้องแยกและแยกของใช้ (I = isolation) และการให้ความรู้เกี่ยว กับการป้องกันเชื้อดื้อยาแก่บุคลากร (P = promotion) จากการสำรวจพบว่าหลังใช้มาตรการดังกล่าว สามารถลดอัตราการเกิด VAP ได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยหนักจึงมีความสนใจ ศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิด VAP โดยศึกษาผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ราย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิด VAP และเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลอันนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ต่อไป

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี UD T2DM, Alcohol indue psychosis Hx. last admit 22-30/5/66 มี E.coli MDR pneumonia + มี strep mitis septicemia ได้ cef-3 iv >> against advice กลับบ้านไม่ได้ฉีด cef-3 ต่อ 10 วันก่อนมา ให้ประวัติว่า มีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ไม่ได้รับการรักษา วันนี้อาการไม่ดีขึ้นญาติพาไปรักษาที่ รพ.มกุฎ จากนั้นส่งตัวมารับการรักษาต่อที่ รพ.ปากช่องนานา PE : good consciousness, well co-operative HEENT : no pale, Anicteric sclerae, no conjunctival injection Lung : RR 40/min, suprasternal and subcostal retaction, crepitation both lung Abdomen : soft abdomen, active bowel sound, no tenderness,CVA no tenderness Neuro : E4V5M6 Pupil 3 mm RTLBE, stiff neck negative imp : 1. Sepsis with multilobar Pneumonia 2. Acute RS failure Tx Sepsis + on ETT Lab: -trop i 150>> - CBC : wbc 12240 consult Med + admit ICU สัญญาณชีพแรกรับ T= 36.2C RR=40/min PR=138/min BP= 123/74 mmHg.

NeurosignGCS =10 คะแนน (E4VTM6) BradenScale 16 คะแนน น้ำหนัก 60 kg. ส่วนสูง 165 cm ผู้ป่วย Admit ICU วันที่ 5/6/66 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว พอรู้เรื่อง E4VTM6 On ET-tube No7.5 ลึก 22 On ventilator ไว้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี มีอาการเหนื่อย agitate เยอะ Retain foley cath urine ออกดี ได้รับยา ATB 5 วัน ATB ที่ได้รับ- Fortum (วันที่5มิ.ย. 67 ถึงวันที่ 5 มิ.ย.66)- Tazocin (วันที่5มิ.ย67 ถึงวันที่ 7 มิ.ย.67)- Meropenam (วันที่ 7 มิ.ย.67ถึง วันที่ 10 มิ.ย.67)- Gentamicin (วันที่ 9มิ.ย.67 ถึง วันที่10 มิ.ย.67) ขณะ Admit ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยตลอด ได้ยา Haloperidol inj. [HALDOL] 5 MG/ML Amphule MIDAZOLAM (DORMICUM) INJ. 5 mg./ml. Amphule (1 ml.) (1:2) iv 20 ml/hr ผู้ป่วย agitate เยอะ เหนื่อยหอบมาก CXR : ARDS วันที่ 8/6/66 เหนื่อยหอบมาก ยังไม่ดีขึ้น On PCV mode PC 18 PEEP 10 RR 20 Fio 1.0 I:E 1.1.7 วันที่ 9/6/66 Notify O2sat 88-90% ปรับ On PCV mode PC 16 PEEP 10 RR 20 Fio 0.8 Notify DTX = 400 mg% ได้ฉีด NPH 10 U SC วันที่10/6/66 Notify ETT leak >> reintubation ET tube No 7.5 deep 22 cm On ventilator : PCV mode PIP 16 PEEP 5 FiO2 0.8 RR 18 Keep O2 Sat > 95% at 6.40 น.ผู้ป่วย arrest start CPR ให้ IV NSS 1000 ml IV loading adrenaline 2 amp levophed (4:100) 10 ml/hr. >> ROSC at 6.45 - EKG 12 lead sinus tachycardia rate 161 CXR port : ETT tube not in proper position >> เลื่อน ETT depth 24 cm BP 161/78 >> off levophed CXR not improved แพทย์พิจารณา refer โรงพยาบาลมหาราช เวลา 11.50น. เพื่อไปรักษาต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์กรณีศึกษา/การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ60 ปีได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคปอดอักเสบ 2. ประวัติมีโรคประจำตัว เป็น asthma เป็นต้น 3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28ครั้ง/นาทีไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมหะในลำคอเสมหะสีเหลืองขุ่น 4. ฟังปอดได้ยินเสียง rhonchi crepitation หรือ wheezing 5. ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration 6. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ 7. ไข้สูง อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.0องศาเซลเซียส เป้าหมายการพยาบาล ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้า กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20ครั้งต่อนาทีลักษณะการหายใจปกติไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก 3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ 4. ฟังปอดไม่มีเสียง rhonchi crepitation หรือเสียง wheezing 5. ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี 6. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติไม่มีinfiltration 7. ผล ABG ปกติ คือ pH 7.35-7.45 HCO3 22-29 mmol/L pCO2 35-45 mmHg pO2 80-100 mmHg	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันท่วงทีและรายงานแพทย์ทราบเมื่อ พบความผิดปกติ 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมิน ระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน 4. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30องศา มือวางบนตัก หายใจเข้าทางรูจมูกช้าๆให้เต็มปอด นับ 1-10กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆโดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจ เข้าทำสลับกัน5-10ครั้งและสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำจำนวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ 5. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆเพื่อประเมินการหดรัดตัวที่ผิดปกติของหลอดลมและดูแลทำกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น เริ่มตั้งแต่จัดท่าเพื่อระบายเสมหะโดยการ ดูแลให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion)โดยทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง 5 ชิดกันใช้วิธีสะบัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือการเคาะแต่ละช่วงท่า ติดต่อกัน 3-5 นาทีเพื่อให้เสมหะ ระบายออกได้สะดวกเป็นต้น 6. ในกรณีผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอย่างน้อยเวรละ 18ครั้ง เติมลมใน cuff pressure ให้ได้ความดัน 30 เซนติเมตรน้ำ ทุก8 ชั่วโมง ดูดเสมหะในช่องปากและเปลี่ยน สายดูดเสมหะใหม่เพื่อดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ทาความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อ ต่อท่อช่วยหายใจด้วยสำลีชุบ 70 % alcoholและเปลี่ยนสำลีทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนตำแหน่งที่ทำความสะอาด ทำความสะอาดช่องปากฟัน อย่างน้อยทุก8 ชั่วโมง ด้วยน้ำยา 0.12% chlorhexidine เฝ้าระวังไม่ให้น้ำที่ตกค้างใน ventilator circuit ไหลเข้าทางผู้ป่วย 7. ดูแลให้ละอองไอน้ำ และความชื้นผ่านทางการหายใจ ในกรณีผู้ป่วยมีเสมหะเหนียว ไอออกได้ยากเพื่อให้ทางเดินหายใจชุ่มชื้นและช่วยขับเสมหะออกมาได้ 8. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก1-2 ชั่วโมง 9. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะและยาแก้ไอตามแผนการรักษา 10. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 11. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ 12. ติดตามผล ABG เป็นระยะ เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยน O2และ CO2 ในการทำงานของปอด ประเมินภาวะกรดด่างในร่างกายและเพื่อติดตามการรักษาในการปรับเครื่องช่วยหายใจ 13. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติเช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นหรือหายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย ไม่หอบ อุณหภูมิ 37.6-38.5°C ชีพจร 72-88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาทีสัมพันธ์กับเครื่อง ความดันโลหิตปกติความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ร้อยละ 99 เสมหะสีขาวข้น ปริมาณลดลง ภาพรังสีทรวงอกพบ Infiltration ลดลง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อ นาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 90 - 95 % 2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจไม่สัมพันธ์กับ Bird's Respirator 3. ฟังปอดพบ crepitation both lungs 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 4 เมษายน 2564) CBC : WBC 14,200/ cumm., Neutrophil 96.1% Serum lactate : 2.8 mmol/L Sputum : WBC 30-50 cells/LPF , Gram Negative Bacilli few Sputum Culture : Moderate Pseudomonas aeruginosa 5. ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) วันที่ 4 เมษายน 2564 ผลพบ Right Lung perihilar infiltration **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว 2. เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อที่ปอด **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของร่างกายขาดออกซิเจนมากขึ้น เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหงื่อออกตัวเย็น , กระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้, หายใจแรงและเร็วขึ้น หรือหายใจลำบากใช้กล้ามเนื้อหน้า ท้องช่วยในการหายใจ , สีของผิวหนังและเล็บมือเล็บเท้าเขียว 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ไม่มีไข้, เสมหะมี ปริมาณลดลง สีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่นเหม็น 3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation มากกว่า 90 % 4. เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation และเสียงลมหายใจลงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง 5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 5,000-10,000 /cumm.,Neutrophil 40-75% ผล Sputum Gram stain ไม่พบ WBC และสิ่งผิดปกติอื่นๆ ผล Sputum Culture ไม่พบเชื้อต่างๆ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุผลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจอันตราย ของการเลื่อนหลุด และระยะเวลาในการใส่คาท่อช่วยหายใจ และเมื่อการติดเชื้อดีขึ้นผู้ป่วยสามารถหายใจได้ เองได้ดีพอ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แพทย์จะพิจารณาเอาท่อช่วยหายใจออก เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือไม่หายใจต้าน เครื่อง ช่วยหายใจ ลดความวิตกกังวลจะช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้นและลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง หรือภาวะ หายใจล้มเหลว ได้แก่ มีอาการกระสับกระสายมากขึ้น สับสน วิงเวียน ซึมลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจ ลำบากมากขึ้น มีอาการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องขณะหายใจ (Paradoxical abdominal motion on inspiration) ชีพจรเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกท่วมตัว มีอาการเขียวบริเวณเล็บมือเล็บ เท้า ตาขาวและเยื่อบุตาแดงเข้ม 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศรีษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและทำให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างสะดวก 4. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและลำคอให้อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หรือเมื่อได้ยินเสียงเสมหะในปอดและลำคอ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังดูดเสมหะ โดย ก่อนการดูดเสมหะทุกครั้งต้องประเมินเสียงหายใจที่ปอดและจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ดูดเสมหะออกได้ง่าย ตรงตำแหน่งของเสมหะที่ค้างอยู่ในปอด ช่วยเคาะปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว ดูดออกได้ง่าย สังเกตสี ลักษณะของเสมหะ 5. ประเมินสมรรถภาพของปอด คือ ปริมาณอากาศเข้าปอด ในการหายใจเข้า 1 ครั้ง (Tidal volume = 500 - 550 ml.) 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกอาการผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และเมื่อ พบว่าอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ หรือพิจารณาให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ของแพทย์ ได้แก่ Paracetamol (500) 1 tab feed ทุก 4-6 ชั่วโมง ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ 7. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้มีการเลื่อนหลุดหรือดึงรั้งโดย การใช้ Roll gauze ผูกมัดส่วนของท่อที่อยู่บริเวณมุมปากของผู้ป่วย ไม่ให้แน่นตึงหรือหลวมเกินไป 8. ให้ผู้ป่วยหายใจทางท่อช่วยหายใจ (On Endotracheal tube) ด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดที่ ควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน (Ventilator) อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินการผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้แบบ ประเมิน MAAS และ VAS และขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 9. ประเมินเสียงหายใจที่ปอดสองข้างอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินพยาธิสภาพและภาวะ แทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 10.ป้องกันการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยดูแลทำความสะอาดปาก ฟัน ของผู้ป่วยทุกวันเพื่อ ป้องกันไม่ให้มีการหมักหมมของเสมหะและน้ำลาย ช่วยลดจำนวนจุลินทรีย์และช่วยป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น 11.ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Berodual fort 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง และพ่นเมื่อหอบ เหนื่อย , Ceftazidime 2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงเพื่อรักษาการติดเชื้อที่ปอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
6. ผล Chest X-ray พบ infiltration ลดลง	12. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง **การประเมินผล** ผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีเหนื่อย หอบหรือ cyanosis อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 99 % ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation เสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้ป่วย On ET-tube No7.5 ลึก 22 On ventilator 2.ผู้ป่วยมีเชื้อ E.coli MDR pneumonia + มี strep mitis septicemia **วัตถุประสงค์**: ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยได้รับการจัดเตียงห้องแยก มีการแยกเครื่องใช้และอุปกรณ์ออกจากผู้ป่วยอื่น 2.ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น	**กิจกรรมการพยาบาล**: 1.แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก รวมทั้งปิดประตูห้องตลอดเวลา ติดป้าย contact precaution ไว้ที่หน้าห้องผู้ป่วย 2.ไม่เคลื่อนย้ายออกจากห้องโดยไม่จำเป็น หากมีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้าย ให้ปิดส่วนที่มีการติดเชื้อหรือสารคัดหลั่งที่มีการปนเปื้อน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สวมเสื้อ คลุมหรือผ้ากันเปื้อนพลาสติกแขนยาว สวมถุงมือ 3.เมื่อคาดว่าต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม และสารคัดหลั่งจากตัว ผู้ป่วยโดยเปลี่ยนเสื้อคลุมตัวใหม่ทุกครั้งที่จะดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม 4.ล้างมือแบบ Hygienic hand washing หลังถอดถุงมือทันทีอุปกรณ์เครื่องมือแยกใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ให้ทำความสะอาดและทำลายเชื้อ หรือทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม 5.แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ญาติในการเข้าเยี่ยม โดยให้ล้างมือก่อน-หลัง สัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม ใช้น้ำยา ทำความสะอาดพื้นผิวและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย **การประเมินผล**: ผู้ป่วยได้รับการจัดเตียงห้องแยก มีการแยกเครื่องใช้และอุปกรณ์ออกจากผู้ป่วยอื่น มี สัญลักษณ์เตือนที่แฟ้มเวชระเบียนและที่เตียงผู้ป่วยอย่างชัดเจน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4. ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ระยะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ บุตรสอบถามถึงอาการผู้ป่วยบ่อยๆ บอกกลัวพ่อตาย **วัตถุประสงค์** :เพื่อลดความวิตกกังวล ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล** :ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยโดยเปิดโอกาสให้ซักถามอย่างเป็นกันเอง 2.ประเมิน ความรู้ความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะโรค แผนการรักษา การผ่าตัด ความเสี่ยง การพยากรณ์โรค ร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ประเมินระดับความวิตกกังวลด้วย **การประเมินผล**: กรณีศึกษาญาติมีความวิตกกังวลระดับสูง มีการสอบถามข้อมูลบ่อยๆ สีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด หลังให้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ถาม และเข้าเยี่ยมเป็นไปได้ตามเวลา ญาติมีความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี UD T2DM, Alcohol indue psychosis Hx. last admit 22-30/5/66 มี E.coli MDR pneumonia + มี strep mitis septicemia ได้ cef3 iv >> against advice กลับบ้านไม่ได้ฉีด cef-3 ต่อ 10 วันก่อนมา ให้ประวัติว่ามีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ไม่ได้รับการรักษา วันนี้อาการไม่ดีขึ้นญาติพาไปรักษาที่ รพ.มกุฏคีรีวัน จากนั้น ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่ รพ.ปากช่องนานา สัญญาณชีพแรกรับ At ER T= 36.2C RR=40/min PR=138/min , BP= 123/74mmHg หายใจหอบมาก suprasternal and subcostal retaction, crepitation both lung E4V5M6 Pupil 3 mm RTLBE Imp : 1. Sepsis with multilobar Pneumonia 2. Acute RS failure Tx Sepsis + on ETT Neurosign GCS= 10คะแนน (E 4 V T M 6) BradenScale 16 คะแนน ผู้ป่วย Admit วันที่ 5/6/66 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว พอรู้เรื่อง E4VTM6 On ET-tube No7.5 ลึก 22 On ventilator On PCV mode PC 18 PEEP 10 RR 20 Fio 1.0 I:E 1.1.7 ไว้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี แต่ผู้ป่วย agitate มีอาการเหนื่อยหอบ ต้องใช้ยา sedate ตลอด Admit

ได้รับยา ATB 5 วัน ขณะ Admit ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยตลอด ผู้ป่วย agitate เยอะ เหนื่อยหอบมาก ยังไม่ค่อยดีขึ้น ยังไข้สูงอยู่ วันที่ 10/6/66 ผู้ป่วยมีปัญหา Tube leak ได้ reintubation ET tube No 7.5 deep 22 cm On vetilator : PCV mode PIP 16 PEEP 5 FiO2 0.8 RR 18 และผู้ป่วย arrest ได้ CPR 5 นาที ROSC CXR not improved Imp. # Gram +ve cocci septicemia s. Mero # Multilobar pneumonia with RS failure -> ARDS # Hx Strep. mitis septicemia # S/P post arrest due to hypoxemia แพทย์พิจารณาให้ refer โรงพยาบาลมหาราช เนื่องจาก Step ยา ATB 5 วัน แล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ยังมีไข้ หอบเหนื่อยตลอด แจ้งอาการและการรักษาให้กับญาติรับทราบ และขอรักษาเต็มที่ จำเป็นต้องส่งตัวต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา มีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องมีความรู้ทางด้านสรีระวิทยา และการดำเนินของโรคเป็นอย่างดีมีทักษะที่ดีในการประเมินผู้ป่วยที่ได้อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้มีการดำเนินของโรคจนเข้าสู่ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1. ควรทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย 2. จัดทำแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับทีมรักษาพยาบาล ร่วมกับพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะและมีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้มีการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น 3. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และกำหนดเป็นสมรรถนะการพยาบาลที่ต้องให้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดปฏิบัติได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดอักเสบ[internet]. [cited 2019 July 11]. Available from : http://www.ddc.moph.go.th/doe/publishinfodetail.php

2. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

3. ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. อุบัติการณ์และสาเหตุของปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบติดเชื้อที่ สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2564;46(2):121-130. 4. พิมาภรณ์ อรรคแสง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;18(1):106-121.

4.กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลปากช่องนานา. รายงานผลการ เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา ประจำปีงบประมาณ 2565-2567. [ไม่ได้ ตีพิมพ์]. 2567.

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2566). โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia). https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21

ขวัญฤทัย พันธุ. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน และ วราทิพย์ แก่นการ. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการ พยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(1), 6-14. ฐานิตร ใจการ และ ณีรนุช วงค์เจริญ. (2564). อุบัติการณ์และผลกระทบของโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลปง.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The association between eating salty diet behavior with Hypertension in the elderly at Ban Thamniab Health Promoting Hospital, Khuan Phang Subdistrict, Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: December 3,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 24,2024)

มัลลิกา ช่วยรักษ์[1] ธเนศ สังข์ศรี[2]
Mallika Chuairak[1] Tanes Sangsri[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับเกลือในอาหารกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การสำรวจแบบพบหน้าโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเค็ม อาสาสมัครเข้าร่วมทั้งหมด 300 ราย ประกอบด้วยกลุ่ม non-hypertensive elder จำนวน จำนวน 150 ราย และกลุ่ม hypertensive elder จำนวน 150 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของกลุ่ม non-hypertensive elder สูงกว่ากลุ่ม hypertensive elder ($P < 0.001$, $P = 0.020$ และ $P = 0.002$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่าความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ hypertension (r = -0.22, $P < 0.001$; r = -0.13, $P < 0.026$; r = -0.13, $P < 0.026$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตปกติ, ความรู้ พฤติกรรม, ทัศนคติ, การบริโภคอาหารรสเค็ม

Abstract

This study was survey research to assess the association between knowledge levels, behaviors, and attitudes. A face-to-face interview assessed knowledge, behavior, and attitudes regarding salt consumption. The 300 volunteers who participated were divided into 150 hypertensive elders and 150 non-hypertensive elders. This study found that non-hypertensive elders had higher average scores on knowledge, behavior, and attitudes toward salt reduction compared to hypertensive elders ($P < 0.001$, $P = 0.020$, and $P = 0.002$, respectively). In addition, knowledge was found to have a negative correlation with hypertension (r = -0.22, $P < 0.001$), behavior was negatively correlated to hypertension (r = -0.13, $P < 0.026$), and attitude was negatively correlated to hypertension (r = -0.13, $P < 0.026$).

Keywords: Hypertensive elder, non-hypertensive elder, knowledge, behavior, attitude, salt consumption

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นในประเทศไทย จากหลักฐานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากเกินกำหนดจะทำให้เกิด hypertension และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไตร่วมด้วย[1] การจำกัดโซเดียมในอาหารของผู้บริโภคถือเป็นมาตรการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนที่สุดอย่างหนึ่งเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิด hypertension และเป็นที่ทราบ

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

กันดีว่าปริมาณการบริโภคโซเดียมขึ้นอยู่กับพื้นเพทางวัฒนธรรมการกินของแต่ละพื้นที่ เช่น ในประเทศยุโรปหลายประเทศมีการบริโภคเกลือ 75–80% ต่อวันมาจากอาหารแปรรูป[2] ในประเทศญี่ปุ่นมีโซเดียม 44% มาจากซอสและน้ำสลัด[3] ดังนั้นความรู้ด้านโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการดูแลสุขภาพโดยเริ่มต้นที่อาหาร[4] องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการประเมินความรู้และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของแต่ละประเทศ[5] การศึกษาก่อนหน้าแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้บริโภคสามารถลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้[6-8] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีประชากรที่เป็น hypertension มากถึง 1 พันล้านคน และ 2 ใน 3 เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้วยพัฒนา[9] สถานการณ์เหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุและมีหลักฐานว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 17 ล้านคน เกิดขึ้นก่อนอายุ 70 ปี และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อที่มาจากการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการเป็นหลัก[9]

อาหารที่คนไทยนิยมรับประทานส่วนใหญ่จะมีปริมาณของโซเดียมสูงจากการปรุงอาหารและจากพฤติกรรมการปรุงรสด้วยการเติมเกลือหรือน้ำปลาเพิ่ม[10] ซึ่งการบริโภคโซเดียมเกินระดับอ้างอิง 1 กรัม จะส่งผลให้ค่าความดัน systolic blood pressure เพิ่มขึ้น 2.11 มิลลิเมตรปรอท และ diastolic blood pressure เพิ่มขึ้น 0.78 มิลลิเมตรปรอท[11] ที่ผ่านมามีการรณรงค์ลดเกลือในอาหารในหลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนามักไม่ได้ผลเท่าที่ควร[12] ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ รวมทั้งการมีเกณฑ์การรับรสเค็มที่สูงขึ้นของผู้ที่บริโภคเค็มเป็นเวลานาน ล่าสุดพบว่าคนไทยบริโภคเกลือมากกว่า 9.1 กรัมต่อวันสูงกว่าระดับอ้างอิงขององค์การอนามัยโลก (5 กรัม/วัน) เกือบ 2 เท่า[13] โดยแหล่งที่มาของการบริโภคเกลือมากเกินกำหนดส่วนใหญ่มาจากเครื่องปรุงรส การถนอมอาหาร และซอส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เต้าเจี้ยว ผงชุปและปลาร้า ส่วนใหญ่ (มากกว่า 60%) อยู่ในรูปอาหารที่เป็นน้ำ เช่น แกง หรือน้ำซุป ดังนั้นการปรับลดเครื่องปรุงที่มีโซเดียมจะช่วยลดปริมาณเกลือที่ผู้บริโภคได้รับต่อวันลงได้ ปัญหาการบริโภคโซเดียมจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ hypertension และนำผลที่ได้มาจัดทำกลยุทธ์และวางแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้นและอาจเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดกิจกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความรู้ด้านโภชนาการที่ตรงกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวน 13,857 ราย มีประชากรที่เสี่ยงต่อ hypertension 44.31% หัวใจขาดเลือด 39.45% (ข้อมูลจาก HCD สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 20 สิงหาคม 2566)[14] และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,347 ราย และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive elder) จำนวน 241 ราย คิดเป็น 17.89% อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ในระดับพื้นที่เพื่อใช้ในการติดตามความคืบหน้าในการบรรลุเป้าหมายการลดโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ hypertension ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและตรงจุดเพื่อที่จะนำไปสู่การป้องกันอย่างยั่งยืน จึงเกิดเป็นคำถามวิจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่ม hypertensive elder ที่อาศัยในเขตตำบลควนพังหรือไม่ 2) ความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติต่อการลดเค็มสัมพันธ์กับกลุ่ม hypertensive elder ที่อาศัยในเขตตำบลควนพังหรือไม่ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารกับ hypertension ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตบริการ รพ.สต.บ้านทำเนียบ ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับ hypertension โดยการสัมภาษณ์แบบพบหน้าด้วยแบบสอบถามด้านความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเกลือในอาหารเพื่อดูความสัมพันธ์กับ hypertension ในผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive elder) (Blood pressure $\geq$ 130 /80 มิลลิเมตรปรอท) อาศัยอยู่ในเขตบริการ รพ.สต. บ้านทำเนียบ หมู่ที่ 1, 2, 3, 6 และ 7 ตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน 241 ราย (ข้อมูลจากฐานข้อมูล ในระบบ HDC สสจ. นครศรีธรรมราช, 2566)[14] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของ Yamane T[15] ด้วยวิธีการดังนี้ $N = N/1+Ne^2$ กำหนดให้

n = กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N = ประชากรตัวอย่างทั้งหมด

e = ค่าคลาดเคลื่อนทางสถิติ 0.05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150.39 คน จึงใช้ตัวอย่าง 150 คน โดยคำนวณกลุ่มศึกษา (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:1 ได้กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันปกติ (non-hypertensive elder) (Blood pressure $\leq$ 130 /80 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ในเขตพื้นที่หมู่ที่ 1, 2, 3, 6 และ 7 และกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย โดยใช้สูตรคำนวณ Proportion to size[16]

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) ข้อมูลด้านประชากรส่วนบุคคล 2) แบบประเมินด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมในอาหารกับ hypertension เป็นคำถามให้เลือกตอบใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ มีจำนวน 9 ข้อ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการกินที่เกี่ยวข้องกับเกลือ มีจำนวน 3 คำถาม โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมนั้นบ่อย นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย และ 4) ทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารที่เกี่ยวข้องกับ hypertension เป็นคำถามให้เลือกตอบเห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย มีจำนวน 4 หัวข้อ โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ เครื่องมือทั้ง 4 ชนิด ได้รับการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) จาก นายแพทย์ชำนาญการด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการด้านการพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ จำนวน 2 ท่าน มี ค่า IOC เท่ากับ 1.0 และจากการทดลองกับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย พบว่าแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโซเดียมและ hypertension มีค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้สูงอายุเป็นการส่วนตัวโดยการสัมภาษณ์ในสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายสำหรับผู้เข้าร่วมโดยเริ่มสำรวจตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2567 ข้อมูลและแบบฟอร์มได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์โดยทีมนักวิจัยมีการตรวจสอบไขว้ระหว่างกัน จากนั้นนำข้อมูลป้อนเข้า excel ก่อนที่ข้อมูลจะถูกถ่ายโอนไปยังโปรแกรม R เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิจัยนี้วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม R เวอร์ชั่น R 4.4.2 (https: / /www. r-project. Org) ประกอบด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือในอาหาร ระหว่าง non-hypertensive elder และ hypertensive elder ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การบวนการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ F-09/2566 อาสาสมัครได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอนจนจบโครงการ

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากรที่ศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมประกอบด้วยกลุ่ม non-hypertensive elder และกลุ่ม hypertensive elder พบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าชาย 56% และ 66% มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.48±5.67 (IQR= 64, 69, และ 71.08±7.74 (IQR= 65, 75) มีสถานะสมรส 87.3% และ 77.3% และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส 78.7% และ 72% ตามลำดับ จากการสำรวจพบว่าทั้งสองกลุ่มมีรายได้ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 ต่อเดือน คือ 74% และ 79.3% โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพ 86% และ 64.7% และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา 94% และ 99.3% ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าญาติพี่น้องใกล้ชิดในครอบครัวป่วยเป็น hypertension 29.3% และ 35.3% ตามลำดับ และเคยได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับ hypertension มาก่อน (100%) โดยได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับ hypertension จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 80% และ 74% ตามลำดับ ส่วนที่ได้รับข่าวสารจากแหล่งอื่น ๆ คือ จากโทรทัศน์ 58% และ 46% ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มประชากรออกกำลังกายเป็นประจำ 86.7% และ 80.7% ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารกับ hypertension

ประชากรกลุ่ม non-hypertensive elder และกลุ่ม hypertensive elder มีพฤติกรรมการกินที่เกี่ยวข้องกับเกลือแตกต่างกันอย่างชัดเจน คือ กลุ่ม non-hypertensive elder มีพฤติกรรมการชิมอาหารก่อนปรุงรส 70.7% ในขณะที่กลุ่ม hypertensive elder มีจำนวน 7.3% เท่านั้น และมีพฤติกรรมที่ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร 52.7% และ 22% ตามลำดับ ในทางกลับกันพบว่าการอ่านปริมาณเกลือบนฉลากโภชนาการไม่แตกต่างกัน คือ 34% และ 30% ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ในขณะที่ทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารที่เกี่ยวข้องกับ hypertension ของกลุ่ม non-hypertensive elder และกลุ่ม hypertensive elder มีความคิดเห็นว่าไม่จำเป็นต้องเพิ่มเกลือลงในอาหารเพื่อให้มีรสชาติดีขึ้นแตกต่างกันอย่างชัดเจน คือ 87.3% และ 11.3% ตามลำดับ ในขณะที่ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมไม่ควรเกินปริมาณที่แนะนำต่อวันไม่แตกต่างกัน คือ 96.7% และ 97.3% ตามลำดับ และทัศนคติต่อการลดการบริโภคเกลือในอาหารเป็นสิ่งสำคัญไม่แตกต่างกัน คือ 99.3% และ 97.3% ตามลำดับ และทัศนคติต่อการมีกฎหมายที่จำกัดปริมาณเกลือที่เติมลงในอาหารแปรรูปไม่แตกต่างกัน คือ 94.7% และ 84.7% ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ hypertension

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ hypertension คือ ที่มาของรายได้ ($P = 0.019$) แหล่งข่าวสารที่ได้รับจากคน ($P = 0.003$) และแหล่งข่าวสารอื่นทางสื่อสังคมออนไลน์ ($P < 0.001$) พฤติกรรมการชิมอาหารก่อนปรุงรส ($P = 0.019$) พฤติกรรมการไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร ($P < 0.001$) และทัศนคติเกี่ยวกับการไม่จำเป็นต้องเพิ่มเกลือลงในอาหารเพื่อให้มีรสชาติดีขึ้น ($P < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับ hypertension (n = 300)

ลักษณะด้านประชากร		Non-hypertensive elder (N =150)		Hypertensive elder (N =150)		x^2	*P*-value
		จำนวน	%	จำนวน	%		
เพศ						0.135	0.71
	หญิง	88	56	99	66		
	ชาย	66	44	51	34		
อายุ						838.220	0.178
	60-64	57	38	30	20		
	65-69	59	39.3	48	32		
	70-74	17	11.3	32	21.3		
	75 ขึ้นไป	16	10.7	40	26.7		
สถานะการสมรส						4.846	0.081
	โสด	16	10.7	34	22.7		
	สมรส	131	87.3	116	77.3		
	หย่าร้าง	3	2.0	0	0		
พักอาศัยกับใครในบ้าน						3.267	0.979
	คนเดียว	9	6	9	6		
	สมรส	118	78.7	108	72		
	บุตร	19	12.7	17	11.3		
	หลาน	4	2.7	16	10.7		
รายได้ต่อเดือน						530.98	0.563
	≤ 5,000	111	74	119	79.3		
การศึกษา						0.064	0.968
	ประถมศึกษา	141	94	149	99.3		
	มัธยมศึกษา/ปวช.	6	4	0	0		
	ปริญญาตรี (หรือทียบเท่า)	3	2	1	0.7		
ที่มาของรายได้						11.673	0.019
	การประกอบอาชีพ	129	86	97	64.7		
	จากบุตรหลาน	20	13.3	27	18		
	เงินบำนาญ/สวัสดิการ	1	0.7	26	17.3		
ญาติพี่น้องใกล้ชิดในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง							
	พ่อ/แม่	35	23.3	48	32	1.248	0.263
	พี่น้อง	44	29.3	53	35.3	0	1.000
	สามี/ภรรยา	39	26	49	32.7	0.009	0.924
เคยได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						-	-
	เคย	150	100	150	100		
	ไม่เคย	0	0	0	0		
แหล่งข่าวสารที่ได้รับจากคน						22.703	0.003

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับ hypertension (n = 300)

ลักษณะด้านประชากร		Non-hypertensive elder (N =150)		Hypertensive elder (N =150)		x^2	*P*-value
	ผู้ใหญ่บ้าน	23	15.3	19	12.7		
	อสม.	120	80	111	74		
	นักวิชาการสาธารณสุข	7	4.7	8	5.3		
	องค์การบริหารส่วนตำบล	0	0	7	4.7		
	พยาบาล	0	0	5	3.3		
แหล่งข่าวสารอื่นทางสื่อสังคมออนไลน์						33.884	<0.001
	โทรทัศน์	87	58	69	46		
	อินเตอร์เน็ต	7	4.7	21	14		
	แผ่นพับ	24	16	33	22		
	หอกระจายข่าว	32	21.3	27	18		
การออกกำลัง						0.148	0.700
	ไม่เคย	20	13.3	29	19.3		
	เป็นประจำ	130	86.7	121	80.7		
พฤติกรรมการกินที่เกี่ยวข้องกับเกลือ							
	ชิมอาหารก่อนปรุงรส	106	70.7	11	7.3	11.737	0.019
	อ่านปริมาณเกลือบนฉลากโภชนาการ	51	34	45	30	3.741	0.442
	ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร	79	52.7	33	22	38.807	<0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง							
	ไม่จำเป็นต้องเพิ่มเกลือลงในอาหารเพื่อให้มีรสชาติดีขึ้น	131	87.3	17	11.3	54.842	<0.001
	การบริโภคโซเดียมไม่ควรเกินปริมาณที่แนะนำต่อวัน	145	96.7	146	97.3	0.141	0.931
	การลดการบริโภคเกลือในอาหารเป็นสิ่งสำคัญ	149	99.3	146	97.3	<0.001	1
	ควรมีกฎหมายที่จำกัดปริมาณเกลือที่เติมลงในอาหารแปรรูป	142	94.7	127	84.7	1.867	0.760

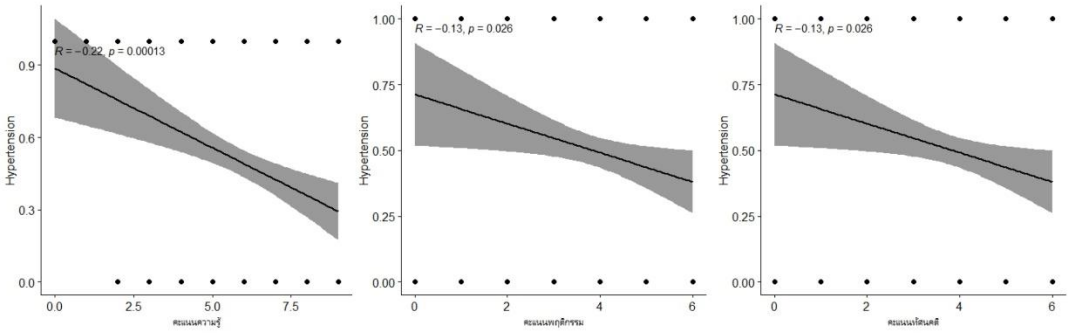
เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติการรับประทานอาหารเค็ม จากการทดสอบ Independent t-test ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านทัศนคติของกลุ่ม non-hypertensive elder มากกว่ากลุ่ม hypertensive elder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติการบริโภคโซเดียมกับ hypertension เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติ เกี่ยวกับโซเดียมในอาหารกับ hypertension พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ hypertension (r = -0.22, $P < 0.001$) พฤติกรรมการลดเกลือมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ hypertension (r = -0.13, $P < 0.026$) และทัศนคติการลดเค็มมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ hypertension (r = -0.13, $P < 0.026$) (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติระหว่างกลุ่ม non-hypertensive elder และกลุ่ม hypertensive elder ด้วยการทดสอบ Independent t-test

	Non-hypertensive elder (N =150)	Hypertensive elder (N =150)	*P*-value
คะแนนความรู้	6.22	5.50	<0.001
คะแนนพฤติกรรม	4.00	3.68	0.020
คะแนนทัศนคติ	7.77	7.42	0.002



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับเกลือในอาหารกับ hypertension ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (n=300)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติต่อการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงกับภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ในเขตตำบลควนพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช บ่งชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้เรื่องสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคเกลือในอาหารล้วนสัมพันธ์แบบผกผันกับhypertension อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับการลดเค็มจะลดการเกิดhypertension ได้นั่นเอง ซึ่งผลงานวิจัยนี้ใช้เป็นข้อเสนอแนะให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้เรื่องสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนโดยเฉพาะเรื่องโภชนาการด้านอาหารลดเค็มจะสามารถลด hypertension ได้อย่างมีประสิทธิผลอย่างแน่นอน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและการศึกษาระดับชั้นประถมซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ไม่สูงมาก (กลุ่ม non-hypertensive elder เท่ากับ 6.22/9 และกลุ่ม hypertensive elder เท่ากับ 5.50/9) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของเกลือต่อ hypertension ในระดับต่ำและการศึกษาระดับต่ำมีผลต่อการรับรู้และการเข้าถึงความรู้[17] ซึ่งจะแตกต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองซึ่งมีความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือในอาหารที่สูงกว่า[18] ซึ่งระดับการศึกษาสัมพันธ์กับระดับของความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการ

ลดเกลือในอาหาร โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมจะมีทักษะการอ่านและความเข้าใจที่น้อยตามไปด้วย รวมถึงสถานะทางสังคมและการทำงานอาจทำให้ได้รับทรัพยากรข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากขึ้น[19-21] งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่ม non-hypertensive elder มีคะแนนความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่ดีกว่ากลุ่ม hypertensive elder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลที่สามารถอธิบายได้ คือ กลุ่ม non-hypertensive elder ยังมีอายุน้อยกว่ากลุ่ม hypertensive elder (67.48±5.67 และ 71.08±7.74 ตามลำดับ) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่ามีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้มากกว่าคนสูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) ซึ่งมักจะใช้ชีวิตติดบ้านและสนใจเรื่องสุขภาพน้อยลงเนื่องจากเป็นช่วงบั้นปลายของชีวิต[22]

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการอ่านปริมาณเกลือบนฉลากโภชนาการไม่แตกต่างกันแต่กลับมีพฤติกรรมชิมอาหารก่อนปรุงรสและการไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหารต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าปริมาณเกลือบนฉลากโภชนาการไม่มีผลต่อการรับประทานอาหารรสเค็มแต่อย่างใด ในทางกลับกันการชิมอาหารเป็นสิ่งสำคัญต่อการไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร สาเหตุที่เป็นไปได้ คือ กลุ่ม hypertensive elder ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเนื่องจากอุปนิสัยการรับประทานอาหารเป็นกระบวนเปลี่ยนแปลงที่ใช้ระยะเวลานาน[23] ผลลัพธ์ครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการดำเนินการศึกษาสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมุ่งเน้นไปที่การเข้าถึงผู้คนที่ประสบปัญหาในการจัดหาทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องอาศัยบุคคลากรที่มีความรู้และเข้าถึงชุมชนอย่างจริงจัง[6, 18-20, 23-31] เนื่องจากอาหารหลายชนิดมีเกลือโซเดียมแฝง เช่น ซอสต่าง ๆ ซีอิ๊ว อาหารแปรรูป เช่น เบคอน ไส้กรอก แหนม และอาหารหมักดองทุกชนิด นอกจากนี้โซเดียมยังแอบแฝงในอาหารรูปอื่นที่ไม่มีรสชาติเค็ม เช่น ผงชูรส ผงฟู แม้กระทั่งสารกันบูด[32] ดังนั้นการกำหนดตัวเลขปริมาณโซเดียมที่บุคคลควรได้รับเข้าสู่ร่างกายต่อวันจึงมีความสำคัญ[27]

งานวิจัยนี้ยังบ่งชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการทรัพยากรจะต้องมาจากรัฐบาลและสังคมในการลดเกลือที่เป็นระบบ ชัดเจน และปฏิบัติได้จริงมากขึ้น ประการแรก การให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นรากฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมสร้างการวิจัยเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพโดยมุ่งเน้นผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันควรจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการลดเกลือในชุมชน เช่น โรงพยาบาลชุมชน ร้านสะดวกซื้อ และร้านอาหารต่าง ๆ การรณรงค์การลดปริมาณเกลือในร้านอาหาร ได้แก่ การติดป้าย “ลดปริมาณเกลือ ดีต่อสุขภาพ” การฝึกอบรมพ่อครัวให้ใช้ตัวเลือกปรุงรสอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำให้มากยิ่งขึ้น การกำหนดเป้าหมายการลดปริมาณเกลือได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเกลือในอาหารและส่งผลให้การบริโภคเกลือลดลงเช่นในสหราชอาณาจักรและประเทศอื่นๆ อีกหลายประเทศ[6] ประการที่สอง การทำอาหารที่บ้านยังคงเป็นแหล่งหลักของการบริโภคเกลือในชุมชน ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่จะต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดปริมาณเกลือผ่านทางผู้นำชุมชน แพทย์ประจำบ้าน อสม. และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่นๆ ซึ่งได้ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ เช่น การใช้เครื่องวัดเค็มตรวจวัดเกลือในอาหารตามบ้านที่มี hypertensive elder ในชนบทเพื่อกระตุ้นเตือนและให้ความรู้ ซึ่งลดค่าเฉลี่ย systolic blood pressure (SBP) และค่าเฉลี่ย diastolic blood pressure (DBP) ในกลุ่มทดลองลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[30] สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่มีการมอบเครื่องวัดเค็ม (Salt meter) ให้กับกลุ่มทดลองที่มี hypertension ไปใช้ที่บ้านกับการให้ความรู้เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความรู้เพียงอย่างเดียวพบว่าการใช้เครื่องวัดเกลือร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการนั้นมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว[28]

การไม่ตระหนักถึงผลของการบริโภคเกลือมากเกินกำหนดที่ส่งผลต่อโรคเรื้อรังที่ตามมาเป็นปัญหาสำคัญในชุมชน ควรให้ความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ hypertension ในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นก่อนที่จะนำกลยุทธ์การควบคุม hypertension มาใช้ในแต่ละพื้นที่ การศึกษานี้มีส่วนสนับสนุนเอกสารทางวิชาการเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกลือในอาหารที่สัมพันธ์กับ hypertension

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าประชากรกลุ่ม hypertensive elder มีคะแนนในด้านความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติที่ต่ำซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิด hypertension ผลการศึกษานี้บ่งชี้ถึงความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเกลือในอาหารเพื่อลดพฤติกรรมการกินที่ปลอดภัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเน้นไปที่การเข้าถึงผู้ด้อยการศึกษาและผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท การสร้างความตระหนักรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการลดปริมาณเกลือและการลดการบริโภคเกลือเป็นกระบวนการค่อยเป็นค่อยไปที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จำเป็นต้องบูรณาการทรัพยากรหลายภาคส่วนเช่น รัฐบาล ร้านอาหาร และชุมชน เพื่อรับมือกับความท้าทายในการลดปริมาณเกลือด้วยความพยายามร่วมกันของสังคม

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยจะมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นหากมีการเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจวัดการขับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อความแม่นยำในการบอกปริมาณการรับประทานเกลือโซเดียม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีทางผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจเครื่องมือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบที่อำนวยสถานที่และ อสม. ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำเนียบที่ช่วยประสานกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนทำให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปได้อย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1.Huang L, Trieu K, Yoshimura S, Neal B, Woodward M, Campbell NRC, et al. Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2020;368:m315.

2.Bhat S, Marklund M, Henry ME, Appel LJ, Croft KD, Neal B, et al. A Systematic Review of the Sources of Dietary Salt Around the World. Adv Nutr. 2020;11(3):677-686.

3.Okuda N, Okayama A, Miura K, Yoshita K, Saito S, Nakagawa H, et al. Food sources of dietary sodium in the Japanese adult population: the international study of macro-/micronutrients and blood pressure (INTERMAP). Eur J Nutr. 2017;56(3):1269-1280.

4.Flint AC, Conell C, Ren X, Banki NM, Chan SL, Rao VA, et al. Effect of Systolic and Diastolic Blood Pressure on Cardiovascular Outcomes. N Engl J Med. 2019;381(3):243-251.

5.World Health Organization. Reducing Salt Intake in Populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting, 5–7 October 2006. World Health Organization: Paris, France, 2014.

6.He FJ, Brinsden HC, MacGregor GA. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. J Hum Hypertens. 2014;28(6):345-352.

7.Magnusson R, Reeve B. Food Reformulation, Responsive Regulation, and "Regulatory Scaffolding": Strengthening Performance of Salt Reduction Programs in Australia and the United Kingdom. Nutrients. 2015;7(7):5281-5308.

8.Xu A, Ma J, Guo X, Wang L, Wu J, Zhang J, et al. Association of a Province-Wide Intervention With Salt Intake and Hypertension in Shandong Province, China, 2011-2016. JAMA Intern Med. 2020;180(6):877-886.
9.WHO. Noncommunicable diseases. retrieved from https://wwwwhoint/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. 2022.
10.Rusmevichientong P, Morales C, Castorena G, Sapbamrer R, Seesen M, Siviroj P. Dietary Salt-Related Determinants of Hypertension in Rural Northern Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(2).
11.Mente A, O'Donnell MJ, Rangarajan S, McQueen MJ, Poirier P, Wielgosz A, et al. Association of urinary sodium and potassium excretion with blood pressure. N Engl J Med. 2014;371(7):601-611.
12.Trieu K, Neal B, Hawkes C, Dunford E, Campbell N, Rodriguez-Fernandez R, et al. Salt Reduction Initiatives around the World - A Systematic Review of Progress towards the Global Target. PLoS One. 2015;10(7):e0130247.
13.Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021;23(4):744-754.
14.Office NSTPPH. HDC: 10 screenings for the elderly (Thai). retrieved from https://nrthdcmophgoth/hdc/reports/reportphp?source=pformated/format1php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61. 2022.
15.Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis, 2nd ed. Harper and Row: New York, NY, USA. 1967.
16.Makela S, Si Y, Gelman A. Bayesian inference under cluster sampling with probability proportional to size. Stat Med. 2018;37(26):3849-3868.
17.Fan F, Li Y, Li L, Nie X, Zhang P, Li Y, et al. Salt-Related Knowledge, Attitudes, and Behaviors and Their Relationship with 24-Hour Urinary Sodium Excretion in Chinese Adults. Nutrients. 2022;14(20).
18.McKenzie B, Santos JA, Trieu K, Thout SR, Johnson C, Arcand J, et al. The Science of Salt: A focused review on salt-related knowledge, attitudes and behaviors, and gender differences. J Clin Hypertens (Greenwich). 2018;20(5):850-866.
19.Bhana N, Utter J, Eyles H. Knowledge, Attitudes and Behaviours Related to Dietary Salt Intake in High-Income Countries: a Systematic Review. Curr Nutr Rep. 2018;7(4):183-197.
20.Grimes CA, Kelley SJ, Stanley S, Bolam B, Webster J, Khokhar D, et al. Knowledge, attitudes and behaviours related to dietary salt among adults in the state of Victoria, Australia 2015. BMC Public Health. 2017;17(1):532.
21.Webster JL, Li N, Dunford EK, Nowson CA, Neal BC. Consumer awareness and self-reported behaviours related to salt consumption in Australia. Asia Pac J Clin Nutr. 2010;19(4):550-554.
22.Zhao X, Lin W, Cen S, Zhu H, Duan M, Li W, et al. The online-to-offline (O2O) food delivery industry and its recent development in China. Eur J Clin Nutr. 2021;75(2):232-237.
23.Ma GX, Bhimla A, Zhu L, Beeber M, Aczon F, Tan Y, et al. Development of an Intervention to Promote Physical Activity and Reduce Dietary Sodium Intake for Preventing Hypertension and Chronic Disease in Filipino Americans. J Racial Ethn Health Disparities. 2021;8(2):283-292.
24.Aljuraiban GS, Jose AP, Gupta P, Shridhar K, Prabhakaran D. Sodium intake, health implications, and the role of population-level strategies. Nutr Rev. 2021;79(3):351-359.
25.Chen SL, Dahl C, Meyer HE, Madar AA. Estimation of Salt Intake Assessed by 24-Hour Urinary Sodium Excretion among Somali Adults in Oslo, Norway. Nutrients. 2018;10(7).
26.Khokhar D, Nowson CA, Margerison C, Bolam B, Grimes CA. Knowledge and Attitudes Are Related to Selected Salt-Specific Behaviours among Australian Parents. Nutrients. 2018;10(6).

27.Mente A, O'Donnell M, Yusuf S. Sodium Intake and Health: What Should We Recommend Based on the Current Evidence? Nutrients. 2021;13(9).

28.Wiriyatanakorn S, Mukdadilok A, Kantachuvesiri S, Mekhora C, Yingchoncharoen T. Impact of self-monitoring of salt intake by salt meter in hypertensive patients: A randomized controlled trial (SMAL-SALT). J Clin Hypertens (Greenwich). 2021;23(10):1852-1861.

29.เกรียงสินยศ ว. ลดโซเดียม ยืดชีวิต. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. 2555;หน้า 2-7, 32.

30.ทัศนา คชเชน, ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ, ธเนศ สังข์ศรี. ประสิทธิภาพการตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็มในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ในตำบลร่อนพิบูลย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):74-82.

31.นาคดำ ป. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552;32(2):80-89.

32.Ahmad MH, Man CS, Othman F, He FJ, Salleh R, Noor NSM, et al. High sodium food consumption pattern among Malaysian population. J Health Popul Nutr. 2021;40(Suppl 1):4.

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of Discharge Planning Program Development for Diabetic Patients with Hyperglycemic Patients for Decrease Readmission Rate at Nonghan Hospital, Udon Thani Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

มนฤดี รูปสม[1], รจนา วรวิทย์ศรางกูร[2],วลัยพร รุ่งเรือง[3], จารุณี แก้ววันนา[4]
Monrudee Rupsom[1], Rojana Worawitsarangkun[2], Walaiporn Rungrueang[3], Jarunee Kaewwanna[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และ 3) ศึกษาผลของโปรแกรมต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับแนวคิด D-METHOD และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด >400 mg/dL จำนวน 40 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (63.57±1.18) เป็นระดับดี (86.83±0.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการรับประทานยา (10.35±1.08 เป็น 13.37±0.68) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (15.30±1.27 เป็น 21.50±0.81) และด้านการควบคุมอาหาร (8.82±1.22 เป็น 12.48±0.83) 2) ค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 387.5±98.4 mg% เป็น 168.5±42.6 mg% ($p<0.001$) และค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 10.2±1.8% เป็น 8.2±1.4% ($p<0.001$) และ 3) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงเหลือร้อยละ 15

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, การกลับมารักษาซ้ำ

Abstract

This quasi experiment research aimed to: 1) develop a discharge planning program for diabetic patients with hyperglycemia, 2) compare self-care behaviors and blood glucose levels before and after program implementation, and 3) examine the program's effect on 28-day readmission rates. The study was conducted in three phases: Phase 1 - situation analysis and needs assessment, Phase 2 - program development integrating Orem's Self-Care Theory with D-METHOD concept, and Phase 3 - program effectiveness evaluation. Methods: Forty diabetic patients with blood glucose levels >400 mg/dL were purposively selected according to inclusion criteria. Research instruments included: 1) discharge

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี Corresponding author E-mail : rojana.war@bcnu.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังงู อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

planning program, 2) self-care behavior assessment form, and 3) clinical data record form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results: After program implementation: 1) Mean self-care behavior scores significantly increased from moderate (63.57±1.18) to good level (86.83±0.73) ($p<0.001$), with highest improvements in medication adherence (10.35±1.08 to 13.37±0.68), general health care (15.30±1.27 to 21.50±0.81), and dietary control (8.82±1.22 to 12.48±0.83); 2) Mean FBS decreased from 387.5±98.4 to 168.5±42.6 mg/dL ($p<0.001$) and mean HbA1c decreased from 10.2±1.8% to 8.2±1.4% ($p<0.001$); and 3) 28-day readmission rate decreased to 15%. Conclusion: The developed discharge planning program effectively improved self-care behaviors, glycemic control, and reduced readmission rates in diabetic patients with hyperglycemia. Continuous implementation is recommended for this patient population.

Keywords: discharge planning program, diabetic patients, hyperglycemia, hospital readmission

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี[1] สำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคนภายในปี 2568[2] สำหรับประเทศไทย พบว่าแต่ละวันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 180 คน และมีแนวโน้มการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น[3] ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก[4]

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 82,456 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 5,241.75 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (4,894.32 ต่อแสนประชากร) โดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) ถึงร้อยละ 58.4[5] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการขาดการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[6]

สถานการณ์การกลับเข้ารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญที่พบในโรงพยาบาลทุกระดับ Dungan (2023) รายงานว่าอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่ร้อยละ 14-26 โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง[7] สอดคล้องกับการศึกษาของ Drincic และคณะ (2022) ที่พบว่าการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย สามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำได้ถึงร้อยละ 25[8]

โรงพยาบาลหนองหานเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 134 เตียง จากสถิติปี 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการเฉลี่ยจำนวน 3,245 ราย/ เดือน มีร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมได้ ปี 2565-2567 ร้อยละ 24.54 38.52 และ 31.99 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 40) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันปีจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2565-2567 ร้อยละ 2.60 2.24 และ 2.29 ตามลำดับ อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันปี 2565-2567 ร้อยละ 27 39 และ 45 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด[9] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และการขาดการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย[10] นอกจากนี้ยังพบว่า การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิด D-METHOD สามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ[11] โดย Healy และคณะ[12] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และวางแผนจำหน่ายมีอัตราการกลับเข้ารักษา

ซ้ำภายใน 30 วันลดลงจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 11 สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา และคณะ[13] ที่นำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ Laohasiriwong และคณะ[14] ที่บูรณาการทฤษฎี Orem กับการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD พบว่าสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและล่าสุดการศึกษาของวลัยพร รุ่งเรือง และคณะ[15] ที่พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร ยังขาดการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการบูรณาการแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[16] ร่วมกับแนวคิด D-METHOD[17] และการติดตามดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยโรงพยาบาลหนองหานมีคลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[18] และจัดให้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือของชุมชนในการมีส่วนร่วมควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน[19] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในระบบความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน พบว่า ถึงแม้แผนกผู้ป่วยในจะมีการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD แต่ยังไม่มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันตามประสบการณ์และพยาบาลส่วนใหญ่ประจำแผนกผู้ป่วยในมีประสบการณ์การทำงาน 2-5 ปี ซึ่งเป็นสมรรถนะ (competency) ในระดับ advanced beginner และ competent เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62 ของพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในอายุรกรรมทั้งหมด และพยาบาลกลุ่มนี้ทั้งหมดยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการวางแผนจำหน่าย เนื่องจากติดสถานการ์โรคระบาดโควิด – 19 ผู้วิจัยในบทบาทของผู้รับผิดชอบ case manager โรคเบาหวานประจำแผนกผู้ป่วยในและงานดูแลต่อเนื่อง (Continuing Of Care: COC) สนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของโรงพยาบาลหนองหานขึ้น โดยใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายที่บูรณาการแนวคิดของ Orem และ DMETHOD ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสำเร็จรูปใน HosXp version 4 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การติดตามประเมินผล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นต้นแบบให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูงที่มีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ร่วมกับรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีพฤติกรรม
การดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลัง
ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[16] ร่วมกับแนวคิด D-METHOD[17]ในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้:โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการระหว่างทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[16]ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ Self-Care Requisites, Self-Care Agency และ Nursing System ร่วมกับแนวคิด D-METHOD[17] ที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล 7 ด้าน คือ Disease, Medication, Environment, Treatment, Health teaching, Outpatient referral และ Diet การผสมผสานแนวคิดทั้งสองนี้จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรตาม 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการวางแผนจำหน่าย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาความต้องการ

- ศึกษาสถานการณ์การกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- วิเคราะห์ระบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบัน
- สำรวจความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ

ระยะที่ 2: การพัฒนาโปรแกรม

- พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยบูรณาการทฤษฎี Orem และ D-METHOD
- ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
- ทดลองใช้โปรแกรมนำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย นำปรับปรุงตามข้อแนะนำก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3: การนำไปใช้และประเมินผล

- ทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบ One group pretest-posttest designจำนวน 40 ราย
- ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่า 400 มก.ดล รักษาในโรงพยาบาลหนองหาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2567 (ระยะเวลา 3 เดือน)

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรอ้างอิงจากการศึกษาของ ปิยะนันท์ ศรีทิน (2566)[10] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูตรที่ใช้:

$n = [(Z\alpha + Z\beta)^2\sigma^2 d] / (\mu d)^2$

โดยกำหนด:

$\alpha = 0.05$ ($Z\alpha = 1.96$)

$\beta = 0.20$ (power of test = 80%, $Z\beta = 0.84$)

σd = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง = 1.2 (จากการศึกษาของ ปิยะนันท์ ศรีทิน)(10)

μd = ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ต้องการตรวจสอบ = 0.8

แทนค่าในสูตร: $n = [(1.96 + 0.84)^2(1.2)^2] / (0.8)^2$ $n = [2.8^2(1.44)] / 0.64$ $n = [7.84(1.44)] / 0.64$ $n = 11.29 / 0.64$ $n = 35.28 \approx 36$ ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) 10 % $36 + (36 \times 0.1) = 40$ ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 40 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุ 35 -60 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลในเลือด > 400 มก.ดล ไม่มีภาวะ DKA และ HHS 3) มีประวัติ readmission ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา 4) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้นจากการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น 2) มีความผิดปกติทางจิตเวช หรือความบกพร่องทางสติปัญญา 3) ไม่สามารถติดตามได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 4) เสียชีวิตระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง "โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง" ดังนี้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก[16] ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) 2) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และ 3) ระบบการพยาบาล (Nursing System) บูรณาการร่วมกับแนวคิด D-METHOD ซึ่งมีประสิทธิผลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการ ครอบคลุมด้าน Disease และ Medication ของ D-METHOD[17] การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผ่านกิจกรรม Environment, Treatment และ Health Teaching ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เชื่อมโยงกับ Outpatient referral และ Diet

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวาน ญาติ/ผู้ดูแลหลัก แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกการติดตามผลและแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหนองหาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.88 ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 คน วิเคราะห์ค่าความ

เชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้ความถี่และร้อยละ

การวิเคราะห์คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ แปลผลคะแนน ดังนี้

49-60 คะแนน (>80%) = พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี

37-48 คะแนน (60-80%) = พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง

20-36 คะแนน (<60%) = พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต้องปรับปรุง

ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เลขที่ NH01467

ผลการศึกษา

1. การสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพเพื่อค้นหาปัญหา แนวทางแก้ไข และโอกาสพัฒนา (Focus group discussion) พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลหนองหานยังมีโอกาสพัฒนาในหลายด้าน ได้แก่

1) การประเมินและการวางแผนที่ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และยังไม่เป็นระบบ ควรพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวม ใช้ nurse case manager ในการประสานงาน และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ[20]

2) การให้ความรู้และทักษะที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบท ขาดการประเมินความเข้าใจ และการฝึกทักษะไม่เพียงพอ ควรพัฒนาโปรแกรมการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้เทคนิค teach-back และจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมกับบริบท[21]

3) การติดตามและประเมินผลที่ยังขาดระบบติดตามต่อเนื่อง ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีม และขาดการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ควรพัฒนาระบบ telehealth monitoring ใช้แอพพลิเคชั่นในการติดตาม และกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน[22]

4) การสนับสนุนในชุมชนที่ยังขาดการเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ การสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล สร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน และจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง[23]

5) การพัฒนาทีมที่ยังพบว่าบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดการทำงานเป็นทีม และทักษะเฉพาะด้านไม่เพียงพอ จึงควรกำหนดบทบาทและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและสร้างระบบพี่เลี้ยง[24]

6) เทคโนโลยีสนับสนุนที่ยังมีระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยง ขาดเครื่องมือช่วยตัดสินใจ และการเข้าถึงข้อมูลไม่สะดวก ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง ใช้ clinical decision support system และพัฒนาแอพพลิเคชั่นสำหรับผู้ป่วย[25]

7) การประเมินผลลัพธ์ที่ตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุม ขาดการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และการนำผลไปใช้พัฒนาไม่ต่อเนื่อง จึงควรพัฒนาตัวชี้วัดแบบองค์รวม

วิเคราะห์ความคุ้มค่า และจัดระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[26]

2. ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติ/ผู้ดูหลักเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง โดยคิดว่าเพียงแค่งดน้ำหวานก็เพียงพอ แต่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารโดยรวม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและมักกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ[8] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Intarasuwan ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไทยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทำให้ขาดทักษะในการจัดการตนเอง[27]

ในด้านการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม นิยมรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันสูงตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ขาดความรู้และทักษะในการเลือกและจัดสัดส่วนอาหาร รวมถึงมีข้อจำกัดด้านเศรษฐานะและสังคม ทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[8] สอดคล้องกับ Sudchada และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไทยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและยังได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมการกินแบบดั้งเดิม[28]

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลา รู้สึกเหนื่อยง่าย และไม่ทราบวิธีการที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุมักเข้าใจว่ากิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกายแล้ว แต่ก็ยังมีอุปสรรคจากปัญหาสุขภาพร่วม การขาดแรงจูงใจและกำลังใจ รวมถึงข้อจำกัดด้านสถานที่และอุปกรณ์[29] สอดคล้องกับ Wattanakul ที่พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและขาดความมั่นใจในการออกกำลังกาย[30]

ในด้านการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีเครื่องตรวจ ไม่มั่นใจในการใช้ ไม่ทราบความถี่ที่เหมาะสม และไม่รู้วิธีแปลผล นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักต้องพึ่งพาญาติในการตรวจและอ่านค่า แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยได้จดบันทึกผลเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ (27)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Parichart ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไทยมีอัตราการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองต่ำ ขาดทักษะในการแปลผล บันทึก และใช้ประโยชน์จากข้อมูล[31]

ในด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และขั้นตอนการเข้ารับบริการ โดยมักประเมินความรุนแรงได้ไม่ถูกต้องและจัดการด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมาพบแพทย์ นอกจากนี้ครอบครัวส่วนใหญ่ยังไม่ได้เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน(27) สอดคล้องกับรายงานของ Angkasekwinai และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน จึงมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้า[32]

ด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน จะมีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดความเข้าใจจากคนใกล้ชิดมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การสื่อสารแบบออนไลน์กับเจ้าหน้าที่ และการจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง[27] สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanongdej และคณะ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[33]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (n=40) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุระหว่าง 35-60 ปี (ร้อยละ 45) อายุเฉลี่ย 58.2±12.4 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 55)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 37.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 45) ค่าเฉลี่ย 9,250±7,560 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 47.5) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 12.4±8.5 ปี และมีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 45)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการ Readmit ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=40) พบว่าส่วนใหญ่มีประวัติการกลับเข้ารักษาซ้ำ 1 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 67.5) โดยมีค่าเฉลี่ย 1.6±1.2 ครั้งต่อปี ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 400 mg% (ร้อยละ 50) ค่าเฉลี่ย 387.5±98.4 mg% และมีระดับ HbA1c สูงกว่าร้อยละ 9 (ร้อยละ 75) ค่าเฉลี่ย 10.2±1.8% ส่วนใหญ่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล 4-7 วัน (ร้อยละ 45) ค่าเฉลี่ย 4.8±2.5 วัน และมีอัตราการขาดนัด 1-2 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 40)

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=40) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. รับประทานยาเบาหวานครบถ้วน ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง ($t=6.24$) 2. การจัดการอาการผิดปกติเมื่อสงสัยน้ำตาลต่ำ ($t=5.91$) การควบคุมปริมาณข้าว/แป้ง ($t=5.89$) และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 63.57±1.18 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 86.83±0.73 คะแนน อยู่ในระดับดี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารและก่อนนอนในวันที่ 1-3 ของการ Admitในโรงพยาบาล (n=40) พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาจนถึงวันที่ 3 โดยในวันแรกมีค่าเฉลี่ยสูงสุดก่อนอาหารเช้า (387.5±98.4 mg/dL) และลดลงเรื่อย ๆ จนถึงก่อนนอน (298.5±72.3 mg/dL) ในวันที่ 3 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดีขึ้น โดยมีค่าต่ำสุดก่อนนอน (198.4±48.6 mg/dL)

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (n=40) ที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 387.5±98.4 mg% เหลือ 168.5±42.6 mg% และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย

จำนวน และร้อยละการติดตามการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงภายใน 28 วันหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0และมีเพียง 6 คนที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบประเด็นสำคัญที่สอดคล้องและแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาดังนี้

ด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 58.2 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Srivanichakorn และคณะ[34] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีอายุเฉลี่ย 61.2 ปี และมักมีโรคร่วมหลายโรค

ด้านประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ระดับ HbA1c ลดลงจาก 10.2% เหลือ 8.2% และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ลดลงเหลือร้อยละ 15 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernal และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม[38] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wichit และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ[37] แตกต่างจากการศึกษาของ Sriwijitkamol และคณะ[35] ที่ไม่พบความแตกต่างของ HbA1c แม้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองจะดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้ได้บูรณาการแนวคิดของ Orem และ D-METHOD ในการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า

ประเด็นที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นคือ การให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินและการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่การศึกษาส่วนใหญ่มักเน้นเฉพาะการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[36] นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่โดดเด่นที่สุดคือด้านการใช้ยาและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Wichit และคณะ[37] ที่พบการเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมอาหารและออกกำลังกายชัดเจนกว่า

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องการติดตามผลระยะสั้นเพียง 12 สัปดาห์ และไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและออกแบบเป็น RCT เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

ข้อแสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวมากกว่า 12 สัปดาห์ เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

2. ควรมีการออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparative study) หรือแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อบริการ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้เห็นผลกระทบในภาพกว้างมากขึ้น

4. ควรส่งเสริมให้มีการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย โดยสื่อสารผลการศึกษาให้แก่ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World diabetes day: Access to diabetes care and urgency to act now [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://diabetesatlas.org/
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานการสำรวจสถานการณ์โรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8ปีงบประมาณ 2566. อุดรธานี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2566
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี ปี 2566. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2566.
6. Udon Thani Provincial Public Health Office. Analysis Report of Diabetes Situation in Udon Thani Province, 2023. Udon Thani: Udon Thani Provincial Public Health Office; 2023.
7. Dungan KM. A review of hospital readmissions in patients with diabetes. Curr Diabetes Rep. 2023;16(3):128-35.
8. Drincic AT, Pfeffer E, Luo J, Goldner WS. The effect of diabetes case management and Diabetes Resource Nurse program on readmissions of patients with diabetes mellitus. J Clin Transl Endocrinol. 2022;8:13-20.
9. Nong Han Hospital. HDC Database Analysis Report, 2022-2024. Udon Thani: Nong Han Hospital; 2024.
10. ปิยะนันท์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ D-METHOD. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2023;46(2):78-92.
11. Powers MA, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Educ. 2024;41(4):417-30.
12. Healy SJ, Black D, Harris C, Lorenz A, Dungan KM. Inpatient diabetes education is associated with less frequent hospital readmission among patients with poor glycemic control. Diabetes Care. 2023;36(10):2960-7.
13. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุล, พรทิพย์ สินประเสริฐ และคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(2):202-15.
14. Laohasiriwong W, et al. Integration of Orem's Self-Care Theory with D-METHOD Discharge Planning for Diabetic Patients with Complications. Journal of Health Science. 2024;28(1):45-58.
15. วลัยพร รุ่งเรือง, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, อรอุมา จันธานี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2024;9(2):109-117.
16. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
17. Smith A, et al. Integrating D-METHOD in diabetes discharge planning. Diabetes Res Clin Pract. 2020;160:108267.
18. วลัยพร รุ่งเรือง. ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2023;8(2):229-236
19. วลัยพร รุ่งเรือง, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, อรอุมา จันธานี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2024;9(2):109-117.
20. Gary TL, Batts-Turner M, Yeh HC, Hill-Briggs F, Bone LR, Wang NY, et al. The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009 Oct 26;169(19):1788-94. doi: 10.1001/archinternmed.2009.338. PMID: 19858437; PMCID: PMC2908966. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414844
21. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care. 2015;38(7):1372-1382. Available from: https://diabetesjournals.org/care/article/38/7/1372/30947/Diabetes-Self-management-Education-and-Support-in
22. Del Prato S, Felton AM, Munro N, Nesto R, Zimmet P, Zinman B. Improving glucose management: ten steps to get more patients with type 2 diabetes to glycaemic goal. Int J Clin Pract. 2005;59(11):1345-55. doi: 10.1111/j.1742-

1241.2005.00674.x. Erratum in: Int J Clin Pract. 2006;60(11):1484. PMID: 16236091. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2005.00674.x

23. Piette JD, Kerr EA. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. Diabetes Care. 2006;29(3):725-31. doi: 10.2337/diacare.29.03.06.dc05-2078. PMID: 16505540. Available from: https://diabetesjournals.org/care/article/29/3/725/27522/The-Impact-of-Comorbid-Chronic-Conditions-on
24. Odnoletkova I, Buysse H, Nobels F, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D. Patient and provider acceptance of telecoaching in type 2 diabetes: a mixed-method study embedded in a randomised clinical trial. BMC Med Inform Decis Mak. 2016 Nov 9;16(1):142. doi: 10.1186/s12911-016-0383-3. PMID: 27825340; PMCID: PMC5101784. Available from: https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-016-0383-3
25. Ralston JD, Hirsch IB, Hoath J, Mullen M, Cheadle A, Goldberg HI. Web-based collaborative care for type 2 diabetes: a pilot randomized trial. Diabetes Care. 2009;32(2):234-9. doi: 10.2337/dc08-1220. Epub 2008 Nov 18. PMID: 19017773; PMCID: PMC2628685. Available from: https://diabetesjournals.org/care/article/32/2/234/26593/Web-based-Collaborative-Care-for-Type-2-Diabetes-A
26. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA. 2006 Jul 26;296(4):427-40. doi: 10.1001/jama.296.4.427. PMID: 16868301. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/211248
27. โรงพยาบาลหนองหาน. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ. แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน 2567
28. Intasuwan J. Development of Nursing Practice Guidelines for Patients with Diabetes Mellitus with Hypoglycemia at Khon Kaen Hospital. Srinagarind Med J. 2023;38(1):63–72. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/251801
29. Sudchada P, Khuntawickee W, Sriwijitkamol A. Effectiveness of a diabetes self-management education program for Thais with type 2 diabetes and uncontrolled blood sugar: A randomized controlled trial. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2022;26(2):193-205. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/247452
30. Wattanakul B. Factors influencing diabetes self-management behaviors among patients with type 2 diabetes in rural Thailand. Bangkok: Mahidol University; 2012. Available from: http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/2555/cd438/5137961.pdf
31. Parichart A, Sindhu S, Koedsumran A, Pukdeeporm P. Effect of self-regulation program on blood glucose monitoring behavior and glycemic control of older adults with diabetes. Rama Nurs J. 2022;28(1):1-15. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/250623
32. Angkasekwinai N, Thamakaison S, Sittisart R. How Thai Patients Manage Their Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Study. International Journal of Caring Sciences. 2021 Sep 1;14(2):899. Available from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9.%20Saifon.pdf
33. Sanongdej W, Keeratiyutawong P. Social Support and Self-Management Behavior among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in an Urban Community. J Health Sci Res (JHSR). 2022;17(1):82-91. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHSR/article/view/253228
34. Srivanichakorn S, Sukpordee N, Yana T, et al. Health status of diabetes type 2 patients in Thailand. Prim Care Diabetes. 2020;14(5):468-475.
35. Sriwijitkamol A, Moungngern Y, Vannaseang S. Assessment and outcome of diabetes care program. J Health Sci. 2021;28(4):712-720.

36. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2020;43(7):1636-1649.
37. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, et al. Family-oriented self-management program for diabetic patients. Diabetes Res Clin Pract. 2021;172:108644.
38. Bernal G, Marquez F, Moreno C, Baez-Hernandez FJ. Effects of a Diabetes Self-Management Program Among Hispanic Adults: A Randomized Controlled Trial. J Health Care Poor Underserved. 2020;31(2):871-889. doi: 10.1353/hpu.2020.0065

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Nursing care of pregnant women with sepsis: a case study

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

สุรีรัตน์ สุขรินทร์[1]
Sureerat Sukharin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในหญิงไทยวัย 24 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 1 ตุลาคม 2566 อาการสำคัญ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องเข้าห้องน้ำ ทารกคลอดเองที่บ้าน EMS ออกรับ มารดา G2P1A0L1 EMS อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ ฝากท้องที่โรงพยาบาลหนองคาย 2 ครั้งและเป็นผู้ติดเชื้อ HIV หลังคลอดทารกหายใจเองได้ มีหายใจหอบ มารดาอาการทั่วไปปกติ แต่มีไข้ อ่อนเพลีย รกคลอดครบ จึงรับมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาวินิจฉัยโรคพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 9 ข้อ ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและการเสียเลือดทางช่องคลอด 2) เสี่ยงต่อการตกเลือดของมารดาหลังคลอด 24 ซม แรกหลังคลอด 3) มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะshockจากการติดเชื้อในกระแสเลือด4) หายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบและผู้ป่วยปฏิเสธใส่ท่อช่วยหายใจ 5) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำ 6) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหน้าที่ 7) เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีภาวะความเสี่ยงต่อภาวะความดันดันโลหิตสูง8) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 9) ไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวดจากแผลฝีเย็บคลอด 10) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากบุตรต้องแยกรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกระยะวิกฤติ รพ นางรอง 11) ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 12) การเตรียมความพร้อมก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนปลอดภัย พร้อมส่งต่อการดูแลที่มีศักยภาพมากกว่า

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, กระบวนการให้คำปรึกษา, หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study is a case study with the objective of studying nursing care of pregnant women with sepsis and who were infected with HIV before coming to the hospital. The study involved a 24-year-old Thai woman admitted to the hospital on October 1, 2023. Important symptoms: 1 hour before coming to the hospital, stomach pain when going to the bathroom. The baby was born at home, EMS picked up the mother, G2 EMS, gestational age 29 weeks, took birth at Nong Khai Hospital 2 times. After birth, the baby was able to breathe on its own. The mother's general condition was normal, the placenta was delivered completely, so she was admitted to the hospital.

Results: A case study of the diagnosis of sepsis in a pregnant woman infected with HIV who gave birth before reaching the hospital. Health data analysis results Found 9 nursing diagnoses as follows: 1) Risk of shock due to bloodstream infection and vaginal blood loss. 2) Risk of maternal hemorrhage after the first 24 cm after birth. 3) There is a condition in the amount of bleeding. Heart rate per minute decreased because the patient was in shock from an infection in the bloodstream. 4) Breathing was inefficient due to the efficiency of gas exchange in the lungs is reduced due to pneumonia and the patient refuses to be intubated. 5) Risk of insufficient nutrition and fluid intake due to changes in food and fluid intake patterns. 6) Hyperkalemia in the blood. and acidosis due to loss of kidney function; 7) risk of seizures due to high blood pressure; 8)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล โนนสุวรรณ

decreased ability to perform daily activities due to decreased level of consciousness and critical illness; 9) unwell due to pain from the perineum wound. 10) I am worried about my child's condition. Because the child must be separated for further treatment at the infant intensive care unit at Nangrong Hospital. 11) The patient and relatives are worried because the patient is in critical illness. 12) Preparing before being transported to a hospital that has more potential. Patients were cared for until they were safe. Ready to forward more potential care

Keywords: nursing process, counseling process, pregnant women with sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากได้รับการรักษาไม่เหมาะสมหรือไม่ทันเวลา ก็ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายเช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Parrillo, 1993) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี พบว่า มีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง อัตราการเสียชีวิต[1]

หญิงตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทุกระบบ เช่น การเบ่งคลอดที่ต้องใช้พลังงานและการหายใจแบบลึกเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจน การคลอดบุตรทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย จากการติดเชื้อรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกพบได้ประมาณร้อยละ 11 ซึ่งจัดเป็นอันดับสามรองจากการเสียเลือดหลังคลอด (hemorrhage) และ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (thromboembolism) จากรายงานในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการติดเชื้อรุนแรงประมาณ 4-10 ต่อ 10,000 คนและพบว่าร้อยละ 63 เป็นกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีวินิจฉัยล่าช้า ปัจจุบันอัตราการตายจากการติดเชื้อรุนแรงเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 9.1 ต่อปี[2] ตั้งแต่ปี 2001 – 2010 และมากกว่าร้อยละ 50 ของมารดาที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรงมักมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วยเช่น โรคไตเรื้อรัง ตับเรื้อรัง และโรคหัวใจ การติดเชื้อรุนแรงยังส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ที่สูงถึงร้อยละ 40 การติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสพัฒนารุนแรงมากขึ้น ทำให้มีการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ เกิดภาวะช็อคและอาจมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการติดเชื้อถึงขึ้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและการพยาบาลเริ่มรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น[3,4] ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอดและพัฒนาระบบการพยาบาลระหว่างการส่งต่อ เก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษากรณีศึกษา ที่รับไว้การดูแลในห้องคลอดซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญ ในการประเมินปัจจัยเสี่ยง และประเมินได้รวดเร็ว นำไปสู่การพยาบาล การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน ปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกรณีศึกษา

วิธีดำเนินการ

ใช้กรณีศึกษา (case study) จำนวน 1 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะติด

เชื้อในกระแสเลือด เข้ารับการโรงพยาบาล โนนสุวรรณ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1- 2 ตุลาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติการดำเนินชีวิตของตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาพยาบาลจากการให้การพยาบาลจริง และจากเวชระเบียน ประเมินปัญหาผู้ป่วยโดยใช้11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ซึ่งกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน[6] ดังนี้ 1)การประเมินภาวะสุขภาพ 2)การวินิจฉัยการพยาบาล 3)การวางแผนการพยาบาล 4)การปฏิบัติการพยาบาล และ 5)การประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาคือ สตรีตั้งครรภ์คลอด หญิงไทย เชื้อชาติไทย อายุ 24 ปี ส่วนสูง 150 ซม.MBI 22.22 และระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล นอนรักษาตัว 2 วัน จึงส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลนางรอง

ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา ดังนี้

ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
การวินิจฉัย	Birth Before Admit Normal labour c Sepsis c Pneumonia c U/D Congenital PA
อาการสำคัญ	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องเข้าห้องน้ำ ทารกคลอดเองที่บ้าน EMS ออกรับ มารดา G2 EMS อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ หลังเกิดทารกหายใจเองได้ มารดาอาการทั่วไปปกติ รกคลอดครบ จึงรับมาโรงพยาบาล
ประวัติการตั้งครรภ์	G2P1A0L1 GA 29^{+3} Wks. By U/S No ANC
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ประวัติตั้งครรภ์ ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ตอนอายุครรภ์ ประมาณ 4 เดือน แต่ไม่ไปฝากครรภ์ เพราะไม่มีความพร้อม มาฝากครรภ์ทราบผลตรวจเลือด HIV Positive รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลหนองคาย ANC 2 ครั้ง -ประวัติการคลอด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องเข้าห้องน้ำ ทารกคลอดเองที่บ้าน EMS ออกรับ มารดา G2 EMS อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ หลังเกิดทารกหายใจเองได้ มารดาอาการทั่วไปปกติ รกคลอดครบ จึงรับมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว U/D Congenital PA รับยาที่ โรงพยาบาลหนองคาย
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีโรคประจำตัวยกเว้นคุณตาเป็นโรคเบาหวาน
ประวัติการแพ้ยา/สารต่งๆ	ปฏิเสธแพ้ยา /สารต่างๆ
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	infiltration both lungs แสดงถึงว่าปอดทั้ง 2 ข้างเกิดรอยโรคขึ้น ซึ่งโดยปกติ จะหมายถึงรอยโรคของเนื้อปอด ไม่ใช่ที่ pleura (เยื่อหุ้มปอด) โดยความผิดปกติที่เป็น infiltration แบ่งออกได้หลายชนิด เช่น alveolar infiltration, patchy infiltration, interstitial infiltration สาเหตุที่ทำให้เกิด infiltration ก็มีได้มากมาย ทั้งโรคติดเชื้อต่างๆ วัณโรคปอด โรคไม่ติดเชื้อ เช่น มีภาวะหัวใจวาย
อาการและอาการแสดง	**สตรีตั้งครรภ์** BBA with NL G2P2A0L2 รู้สึกตัวดี ดูเหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อยขยับตัวได้ค่อนข้างเนื่องจากตัวโต CXR: Infiltration BL ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยหอบ มีretractionไอมีเสมหะ lung crepitation spo2 92% onmask c bag 10 LPM SOS 5 คะแนน ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ภายหลังคลอด T= 37.3^{0}C BP = 115 /68- 100/61 mmHg. **ทารก** ทารกคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลเวลา 11.08 น. APGAR Score 7-7-10 น้ำหนัก 1,100 กรัม คำนวณอายุครรภ์ จากการตรวจร่างกายทารก (by Ballard Score) GA 29^{+3}Wks. ทารก active ดี หายใจดี T=36.9 ^{0}C HR= 144 ครั้ง/นาทีRR= 48 ครั้ง/นาที O2 Sat 72% ให้ O2 5 LPM ขณะ On ETT HR ช้า ประมาณ 45 ครั้ง/นาที เริ่ม CPR ประมาณ 10 นาที Sat 78% HR 102 ครั้ง/นาที รอ Refer

ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
การตรวจร่างกาย	- รู้สึกตัวดี ดูเหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อยขยับตัวได้ค่อนข้างเนื่องจากตัวโต มีไข้ 38.3 องศาเซลเซียส - พบรอยย่นที่หน้าท้อง (Striae gravidarum) เล็กน้อย และมีร่องรอยการแยกของกล้ามเนื้อหน้าท้อง Rectus muscle ตรงกึ่งกลางที่เรียกว่า Diastasis recti abdominis เล็กน้อยเช่นกัน -คลำได้มดลูกเหนือระดับสะดือหลังคลอดปัสสาวะได้ตามปกติ ไม่มีการคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ และไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด -ตรวจพบเป็น normal Rubra lochia อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ไม่มีความผิดปกติ -แผลฝีเย็บ RML ไม่มีอาการบวม คั่งของก้อนเลือด หรือของเหลว ประเมิน REEDA Score = 0 คะแนน Pain Score ประมาณ 2-3 คะแนน -ทวารหนัก ตรวจไม่พบริดสีดวงทวาร ไม่มีอาการเจ็บปวด -Bowel sound 5-6 ครั้งต่อนาที -ไม่มีอาการอึดอัดแน่นท้อง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC): WBC 29.5 10^3/uL, Hct 39 vol% Hb 12.1 g/dl, PLT 462 10^3/uL, MCV ,N 3%, L50.0% -ผลการตรวจค่าการทำงานของไต Creatinine 0.52mg/dl AST 19 ALT 30 - ค่าอิเลคโตรลัยในเลือด Soduim 134 mg/dl,Potassium 4.5 mg/dl, Chlolide 100 mg/dl ,CO2 27 mg/dl -CRP=10 mg/l - DCIP Negative, VDRL Non-reactive, HBsAg Negative, Anti-HIV Positive, Uric acid 125 , Alkaline phosphatase 0.07 - Hemoculture 1 No growth after 7 days - Urine Creatinine 66.4, Urine protein 5.1, Protein, Negative - Urine amphetamine Negative
แผนการรักษา	ตรวจร่างกายพบ CONSCIOUS: รู้สึกตัวดี O2: Mask with bag O2 FLOW: 10.0 SOS=5 คะแนน CXR: Infiltration BL จึงพิจารณาให้ 1. Ceftazidime 1 g. Vial ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8ชั่วโมง 2. Omeprazole 40 mg IV stat then. Iv ทุก 24 hrs. 3. Bactrim (Trimethoprim 160 mg+Sulfamethoxazole 800 mg) 160+800 mg. เม็ด รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 4. Acriptega 50+300+300 mg 50+300+300 mg. เม็ด1*1 po at 19.00 น. 5. Glyceryl Guaiacolate (GG) 100 mg.รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร 6. Oxytocin (syntocinon) 10 units/m 10 mg IM 7.Methergin (Methylergometrine maleate) 0.2 mg/ml amp0.2 ml IV

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ภายหลังการคลอดที่บ้านและนำส่งโรงพยาบาล กรณีการศึกษา ให้เฝ้าระวัง ติดตามอาการการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายการพยาบาลและการฝ้าระวังขณะทำการพยาบาล Routine post partum care, Observe void, uterine contraction, Observe bleeding per vagina, Observe BP if >160/110 notify, Observe pre-eclamptic signs, Observe ภาวะ sepsis,งด Breas feeding, รายละเอียดดังนี้

1) มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

3) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

4)เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ

5) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ

6)เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย

7) การดูแลตัวเองบกพร่อง เนื่องจากขาดความรู้

8) บทบาทมารดาไม่เหมาะสม จากขาดความพร้อมในการดูแลบุตร

9) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

10) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

11) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเดินทางนำส่งการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

จากการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งระยะการดูแลเป็น3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่องขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา สตรีตั้งครรภ์คลอด หญิงไทย อายุ 24 ปี น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 150 ซม.MBI 22.22 มาด้วยอาการคลอดเองที่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องเข้าห้องน้ำ ทารกคลอดเองที่บ้าน EMS ออกรับที่บ้าน มารดา G2P1A0L1 อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ หลังเกิดทารกหายใจเองได้ มารดาอาการทั่วไปปกติ รกคลอดครบ จึงรับมาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ G2P1A0L1 GA 29^{+3} Wks. By U/S No ANC ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ตอนอายุครรภ์ ประมาณ 4 เดือน แต่ไม่ไปฝากครรภ์ เพราะไม่มีความพร้อม มาฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ทราบผลตรวจเลือด HIV Positive รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลหนองคาย ANC 2 ครั้ง สามีไม่ระบุ โรคประจำตัว U/D Congenital PA รับยาที่ โรงพยาบาลหนองคาย บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัวยกเว้นคุณตาเป็นโรคเบาหวาน การวินิจฉัย Birth Before Admit Normal labour c Sepsis c Pneumonia c U/D Congenital PA แรกรับดูแล ตรวจร่างกายพบ CONSCIOUS: รู้สึกตัวดี รู้สึกตัวดี ดูเหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อยขยับตัวได้ค่อนช้างเนื่องจาก ตัวโต CXR: Infiltration BL ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยหอบ มี retractionไอมีเสมหะ lung crepitation spo2 92% on mask c bag 10 LPM SOS 5 คะแนน ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีอาการหน้ามืดตามัว วิงเวียน ภายหลังคลอด T= 37.8^{0}C. BP = 115 /68- 100/61 mmHg ยาที่ได้รับ 1) Ceftazidime 1 g. Vial ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8ชั่วโมง 2) Omeprazole 40 mg IV stat then. Iv ทุก 24 hrs.3) Bactrim (Trimethoprim 160 mg+Sulfamethoxazole 800 mg) 160+800 mg. เม็ดรับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 4)

Acriptega 50+300+300 mg 50+300+300 mg. เม็ด 1*1 po at 19.00 น.5) Glyceryl Guaiacolate (GG) 100 mg.รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร 6) Oxytocin (syntocinon) 10 units/m 10 mg IM 7) Methergin (Methylergometrine maleate) 0.2 mg/ml amp0.2 ml IV ทำการพยาบาลหลังคลอด Observe ภาวะ sepsis Observe BP if >160/110 notify งด Breas feeding อาการที่นำมาคือคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล ร่วมกับ CXR: Infiltration BL ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยหอบ มีretractionไอมีเสมหะ lung crepitation spo2 92% on mask c bag 10 LPM SOS 5 คะแนน อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/57 mmHg. ต่อมาซึมลง มี Respiratory failure เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis ความผิดปกติของอวัยวะที่เกิดจากกระบวนการติดเชื้อ (Infection) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการตอบสนองของร่างกาย (Dysregulated host response) ต่อการติดเชื้อ การทำงานของอวัยวะต่างผิดปกติ (Organ dysfunction)[5] พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 11 ข้อ 1) มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 3) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4)เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ 5) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ 6)เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย 7) การดูแลตัวเองบกพร่อง เนื่องจากขาดความรู้ 8) บทบาทมารดาไม่เหมาะสม จากขาดความพร้อมในการดูแลบุตร 9)ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 10) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 11) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเดินทางนำส่งการรักษา[6,7]

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. การพัฒนาคุณภาพบริการ sepsis เป็นนโยบาย Service plan ควรมีการ monitor กำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือเพื่อการดูแลให้ครอบคลุม

2. กำหนดเป็นหัวข้อสำคัญ มุ่งเน้น ในการปฐมนิเทศบุคลากร ในการประเมินคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ด้านบริการ

1. พัฒนาแนวทางเฝ้าระวัง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ sepsis septic shock

2. พัฒนาการประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้ Early warning signs เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นึงนิจ ศรีษะโคตร, วไลพร ปักเคระกา, ลินทร ศรีโพนทัน, นิสากร วิบูลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนูชาญ, พุทธกัญญา นารถศิลป์, เพิ่มพูน ศิริกิจ, และชวมัย ปินะเก. (2564). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุติดเชื้อ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 150-167.

2. จันจิรา กุยแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2022 Nov 15; 7(2): 22–9.

3. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2566).

4.คนึงนิจ ศรีษะโคตร, วไลพร ปักเคระกา, จุลินทร ศรีโพนทัน, นิสากร วิบูลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนูชาญ, พุทธกัญญา นารถศิลป์, เพิ่มพูน ศิริกิจ, และชวมัย ปินะเก. (2564). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุติดเชื้อ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 150-167.

5. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management.

6. พรศิริ พันธสี. (2558). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.

7. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ค้นหาด้วย Google [Internet]. [cite 2023 Sep 22]. Available from: https://www.google.com/search

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Development of nursing care model for prevent infection in newborns of Srisangwan Hospital, Mae Hong Son Province

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ศรีทุม คำดา[1], ปริศนา นวลบุญเรือง[1], เกษกาญจน์ อุ่นนุช[1], พัชรินทร์ สิงห์ทราช[1],
Sritum Kumda1, Prissana Naunboonrung1, Ketkan Oonnuch1, Patcharin Singtharach1

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ประชากร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลมารดาทารกจำนวน 25 คน และมารดาทารกที่เข้ามารับบริการ จำนวน 158 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม, แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด 2) เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินทักษะทางการดูแลทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ, แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองในมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ, และแบบประเมินความพึงพอใจ, แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง ด้วยสถิติ Paired-t test การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า มีปัญหาเรื่อง บุคลากรขาดความรู้และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบปัญหาการดูแลมารดาทารกขาดความมั่นใจในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในทารก และขาดการเชื่อมต่อการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 5 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 2) พัฒนา สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด 3) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติที่ใช้ไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร 4) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในห้องคลอด 5) พัฒนาระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงและทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ผลลัพธ์ของรูปแบบพบว่า ภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิดลดลง ระดับทักษะการดูแลมารดาทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ระดับทักษะการดูแลตนเองในมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 14.62, 15.56, 10.24)

คำสำคัญ: การดูแลมารดาทารกแรกเกิด, การพัฒนารูปแบบการพยาบาล, การป้องกันการติดเชื้อในทารก

Abstract

This research and development aimed to develop and implement a nursing model to prevent infection in newborns at Srisangwan Hospital. Sample groupconsisted of 25 professional nurses to caring and 158 mothers and infants. Research tools were: 1) Qualitative instruments including open-ended focus group and Quantitative instruments including general data collection forms, infant care skill assessment forms, maternal self-care skill assessment forms, and satisfaction assessment forms; and medical data collection forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and before-after comparisons using Paired-t test statistics. Qualitative analysis was conducted using content analysis.

Results found were problems with personnel lacking knowledge and implementation of practices. There were problems with maternal and infant care lacking confidence in preventing infection in infants and lack of coordination and coordination among the multidisciplinary team. The development process consists of 5 important models as follows: 1) Develop a coordinating nurse structure 2) Develop specialized nurse competencies in preventing newborn infection 3) Develop a manual and guidelines that are used in the same way throughout the organization 4) Create participation of the multidisciplinary team in the delivery room 5) Develop a referral system for mothers at risk and newborns with bloodstream infection. The results of the model found that the incidence of

[1] โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

newborn infection decreased, the level of maternal and newborn care skills to prevent infection improved, the level of self-care skills in mothers to prevent infection, and the level of satisfaction increased significantly at the .05 level (t = 14.62, 15.56, 10.24).

Keywords: Neonatal care, nursing model development, prevention of infant infection

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนับเป็นปัญหาสำคัญหากมีการติดเชื้อในทารกแรกเกิดจะทวีความรุนแรงสูงขึ้น ประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิดมากถึง ร้อยละ 40.24 และอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 25.21 สาเหตุการตายที่สำคัญโดยเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีอายุ 0-28 วัน มีภาวะ Neonatal sepsis อุบัติการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วอยู่ระหว่าง 1-4 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ทารกที่รอดชีวิตจาก Neonatal sepsis บางรายพบปัญหาทางด้านพัฒนาการและสติปัญญาตลอดจนมีความพิการ เช่น สมองพิการสูญเสียการได้ยินมีความผิดปกติของการมองเห็น เป็นต้น Neonatal sepsis แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การติดเชื้อระยะแรก (early-onset neonatal sepsis : EOS) เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดและการติดเชื้อระยะหลัง (late-onset neonatal sepsis : LOS) เกิดขึ้นหลังเกิด 72 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งการวินิจฉัย Neonatal sepsis[1] นั้นค่อนข้างเป็นปัญหาส่งผลให้วินิจฉัยได้ล่าช้า เนื่องจากทารกแรกเกิดที่มีภาวะ sepsis มักแสดงอาการไม่จำเพาะ มีอาการน้อยไปจนถึงมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ อาการจากการอักเสบจะก่อให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย และทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด นั้นแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การติดเชื้อระยะแรกซึ่งมักจะเกิดขึ้นใน 72 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยในมารดา เช่น อาการน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมง อาการมารดามีไข้ก่อนคลอดสูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส และการติดเชื้อระยะหลังซึ่งมักจะเกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมง สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลังคลอด[2] เช่น การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดและการใส่สายสวนหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบอาการทางคลินิก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิดที่ไม่เฉพาะเจาะจง ทารกมัดแสดงแสดงอาการ ซึมลง อุณหภูมิกายผิดปกติ หายใจเร็ว หายใจช้า หรือหยุดหายใจ เป็นต้น การวินิจฉัยในทารกแรกเกิดนั้นทำได้ยาก นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย การใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีผลต่อการการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาอย่างมาก[3]

ประเทศไทยพบการติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายของทารกในอายุ 1 เดือน ร้อยละ 10.82 การประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกระยะแรกจึงมีความสำคัญซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้การติดเชื้อรุนแรงและทำให้เกิดภาวะช็อกอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด ปี2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 27.42, 28.63 และ 24.17 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็น ร้อยละ 6.54, 8.12 และ 11.02 ตามลำดับ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด 0.5-8.0 ราย ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25-28.33 ซึ่งทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 0 ถึง 3 วัน (Early onset neonatal sepsis; EOS) พบ 0.77 ถึง 1 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เสียชีวิต ร้อยละ 9.46 2) และช่วงอายุมากกว่า 3 วัน (Late-onset neonatal sepsis; LOS) พบ 2.3 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพเสียชีวิต ร้อยละ 7.17 ทารกแรกเกิดติดเชื้อ 26.9 รายต่อ 1,000 ต่อการเกิดมีชีพและติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 1.28 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.79 สาเหตุหลักการเสียชีวิต[4] คือ ภาวะช็อก โดยทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ปัจจัยสำคัญที่สำคัญต่อการเสียชีวิต ได้แก่ การประเมิน คัดกรองล่าช้า เป็นต้น การเฝ้าระวังดักจับอาการระยะเริ่มแรกได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาที่รวดเร็ว และป้องกันการเกิดภาวะช็อก ซึ่งจะเพิ่มการอัตรารอดชีวิต

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน[5] มีการให้บริการรักษาพยาบาลทารกเกิดมีชีพ ในปี 2563-2565 จำนวน 777, 713 และ 686 ราย ราย มีทารกแรกเกิดเสียชีวิต เท่ากับ 3, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ ร้อยละ 66.67, 33.33 และ 100 ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดได้ 3 ระยะ พบว่า 1) ระยะตั้งครรภ์ พบว่ามารดามีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 52.68 มารดามีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมง ร้อยละ 38.23 และมารดาตั้งครรภ์ไม่เข้ามาพบแพทย์เมื่อมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากขาดความองค์ความรู้และตระหนักถึงความรุนแรง และแนวทางการรักษาพยาบาลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันมีความแตกต่างกันและไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลทำให้มารดาได้รับการวินิจฉัยความเสี่ยงล่าช้า 2) ระยะคลอด กรณีมารดาที่ถูกส่งมารักษาต่อพบปัญหาขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ 3) ระยะการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าแนวทางปฏิบัติการรักษาของแพทย์ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ปัจจุบันไม่ชัดเจน ไม่มีการเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทารกได้รับการดูแลตามสมรรถนะที่แตกต่างกันของพยาบาลแต่ละคน การควบคุมกำกับการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งความรู้ และทักษะการพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดการทบทวนและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ[6]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เน้นการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด การดูแลตามระยะ การพัฒนาทักษะในพยาบาลดูแลมารดาทารก ทักษะการประเมินอาการ และการปฏิบัติตามแนวทางหลักฐานเชิงประจักษ์ การส่งเสริมการดูแลตนเองในมารดาทารกที่มารับบริการคลอด โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาร่วมกับแผนกฝ่ายต่างๆ แบบบูรณาการร่วมกับวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันการดูแลให้สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการการงานป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดให้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
3. เพื่อใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะเวลา 9 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน และ หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่มารับบริการคลอด จำนวน 605 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการการพยาบาลมารดาทารก โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน และ เชิงปริมาณใช้

หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่มารับบริการคลอด ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนได้จำนวน 158 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในช่วงเดือน มกราคม – กันยายน 2566 โดยเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการศึกษาบริบทและการพัฒนารูปแบบ แบบคำถามปลายเปิด กระบวนการเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยในเดือนแรกเป็นระยะในการศึกษาบริบท เดือนที่ 2-3 เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เดือนที่ 3-9 จะทำการวัดประเมินผล และปรับปรุงกิจกรรมและถอดบทเรียนทุก 1 เดือน จนได้รูปแบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาทที่มสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการแนวทางห้องคลอด ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนางานบริการมารดาทารก โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม , แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ประยุกต์ใช้จากมาตรฐาน การฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย (2557)[7] ประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด ของชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด แห่งประเทศไทย (2531)[8]

2.2) เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์, แบบประเมินทักษะทางการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ, แบบประเมินภาวะติดเชื้อ, แบบประเมินความรู้มารดา, และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเกณฑ์ของบลูม (Bloom ,1971)[9] ในการแปลความหมายของคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ระดับน้อย ค่าคะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง ค่าคะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับมาก ร้อยละ 80 - 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล นำมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อายุครรภ์ ประวัติความเสี่ยง ประวัติการรักษาในปัจจุบัน ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบ ระดับทักษะการดูแลมารดาทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระดับความรู้ในมารดา ระดับความพึงพอใจ ก่อนหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เลขที่ HHS REC 034.2566 รับรองวันที่ 3 มกราคม 2566 -วันที่ 3 มกราคม 2567 โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การพัฒนาระบบป้องกันภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การพยาบาลมารดาทารกยังพบทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes) PROM เกิน 18 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบภาวะติดเชื้อในทารกอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ และจากการได้รับการใส่สายสวนทางสะดือ หรือให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำขณะรักษาในหน่วยดูแลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit; NICU) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเบื้องต้น **ระยะก่อนคลอด** มารดาตั้งครรภ์ไม่มาพบแพทย์เมื่อมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ คลอดเนื่องจากขาดความรู้ขณะตั้งครรภ์ กรณีมารดามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัด แม่ฮ่องสอน พบว่า แนวทางการรักษาพยาบาลมารดา ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกติดเชื้อในกระแสเลือด มีความแตกต่างกัน ส่งผลทำให้มารดาได้รับการวินิจฉัยความเสี่ยงล่าช้า **ระยะคลอด** กรณีมารดาที่ถูกส่งมารักษาต่อพบปัญหาขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของมารดาและทารกระหว่างโรงพยาบาลศรีสังวาลย์และโรงพยาบาลเครือข่าย **ระยะการดูแลทารก** ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติการรักษาของแพทย์และแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลที่ใช้อยู่ปัจจุบันไม่ชัดเจน ไม่มีการเขียนไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร ทารกได้รับการดูแลตามสมรรถนะที่แตกต่างกันของพยาบาลแต่ละคน การควบคุม กำกับการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งความรู้ และทักษะ การพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดการทบทวนและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ **เชิงระบบ** โครงสร้างการประสานและจากการทำงานในการพยาบาลสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช และหอผู้ป่วยพิเศษ และหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดวิกฤติในการประเมินอาการผิดปกติของทารกหลังคลอดยังไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจจับภาวะต่างๆ หรือ การตรวจจับ (Detect) อาการเบื้องต้นซึ่งพบว่ายังไม่ได้นำระบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Early Warning sign) ของทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช และหอผู้ป่วยพิเศษ

2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การพัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาล **การพัฒนาวงรอบที่ 1** เริ่มใช้กุมภาพันธ์ 2566 โดยเริ่มมีการพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณชีพ Early Warning score รายบุคคลสำหรับทารกแรกเกิด – ถึง 1 เดือน เรียกว่า PREW score Record Form Srisangwan Hospital มีการจัดทำ CPG และ CNPG แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในระยะเริ่มพัฒนา **การพัฒนาวงรอบที่ 2** มีแนวทางแก้ไขเบื้องต้น โดยการประเมินอาการทางคลินิก (clinical) ทารกแรกเกิดก่อน จากนั้นซักประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ (ATB) ของมารดาก่อนคลอด ติดตามผลตรวจ CBC มีการทบทวนการทำหัตถการในทารกแรกเกิดเช่นการเพาะเชื้อ (Hemo Culture) การช่วยแพทย์ทำหัตถการ การใช้อุปกรณ์ Sterile ทำการประเมิน Early Warning score และการรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันเวลา ได้รูปแบบ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นรูปแบบกระบวนการพัฒนา 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 2) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด 3) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติที่ใช้ไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร 4) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในห้องคลอด 5) พัฒนาระบบส่งต่อมารดามีภาวะเสี่ยงและทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด

3) ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3.1) ข้อมูลทั่วไปพยาบาลผู้ให้การพยาบาลมารดาทารก

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพยาบาลมารดาทารก โรงพยาบาลศรีสังวาล จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนมากอายุ 31-40 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 48.00 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 28.00 รองลงมา 21-30 ปี และ 51-60 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 12.00 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการดูแลมารดาทารก มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ร้อยละ 64.00 รองลงมา มีประสบการณ์ 1-5 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 24.00 และ 6-10 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 12.00 ตามลำดับ แผนกฝ่ายที่ปฏิบัติงานส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานสูติ-นรีเวชและผู้คลอด จำนวน 9 คน ร้อยละ 36.00 รองลงมาพยาบาลวิชาชีพหน่วยงาน(NICU) และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 8 คน ร้อยละ 32.00 เท่ากัน ตามลำดับ

3.2) ทักษะการพยาบาลมารดาทารกในการป้องกันการติดเชื้อ

ก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ทักษะการดูแลมารดาและทารกในการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21 คะแนน (SD=0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในข้อ การจัดการกับภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆในมารดาทารกได้อย่างถูกต้อง, การรักษาพยาบาลมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัยไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.56 คะแนน (SD=0.12) รองลงมา การเฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อในมารดาทารก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.44 คะแนน (SD=0.34) และ การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คะแนนเฉลี่ย 3.42คะแนน (SD=0.62) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ส่งผลให้ทักษะการดูแลมารดาทารกเพิ่มขึ้นเป็น ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.22 คะแนน (SD=0.33) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนมากคะแนนสูงสุดในข้อ การติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องในการป้องกันการติดเชื้อในมารดาและทารก คะแนนเฉลี่ย 4.26 คะแนน (SD=0.18) รองลงมา การรายงานแพทย์เวรได้ถูกต้องเมื่อพบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 (SD=0.13) และ การอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจได้ดีในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, การจัดการกับภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆในมารดาทารกได้อย่างถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ย 4.35 คะแนน (SD=0.54) ตามลำดับ

3.3) การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการพยาบาลมารดาทารก ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการพยาบาลมารดาทารก พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21 คะแนน (SD=0.45) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.22 คะแนน (SD=0.33) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนทักษะการดูแลตนเองในมารดาหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 14.62) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการพยาบาลมารดาทารก ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (n=25)

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ	t	p-value
ทักษะการพยาบาลมารดาทารก					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.21	0.45	ปานกลาง	14.62	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.22	0.33	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4) ข้อมูลทั่วไปมารดาที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่างมารดา จำนวน 158 คน ส่วนมากอายุ 21-30 ปี จำนวน 84 คน ร้อยละ 53.16 รองลงมา ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 45 คน ร้อยละ 28.48 และอายุ 31-40 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 16.46 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากเกษตรกร จำนวน63 คน ร้อยละ 39.87 รองลงมาแม่บ้าน จำนวน 38 คน ร้อยละ 24.05 และ รับจ้าง จำนวน 32 คน ร้อยละ20.25 ตามลำดับ สถานภาพสมรส จำนวน 96 คน ร้อยละ 60.76 รองลงมาสถานภาพไม่สมรส จำนวน 34 คน ร้อยละ 21.52 และ หม้าย จำนวน 28 คน ร้อยละ 17.72 ตามลำดับระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมศึกษา, ปวช. จำนวน 62 คน ร้อยละ 39.24 รองลงมาประถมศึกษา จำนวน 45 คน ร้อยละ 28.48 รองลงมาปริญญาตรี จำนวน 33 คน ร้อยละ 20.89 ตามลำดับ

3.5) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในมารดา ในรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ทักษะการดูแลมารดาและทารกในการป้องกันการติดเชื้อ ระดับทักษะการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในมารดาคลอด ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.29 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อการดูแลแผลผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน (SD=0.35) รองลงมาการสังเกตเสียงร้องของทารก คะแนนเฉลี่ย 2.58 คะแนน (SD=0.48) และการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อ คะแนนเฉลี่ย 2.56 คะแนน (SD=0.48) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ทักษะการดูแลมารดาและทารกในการป้องกันการติดเชื้อทำให้ ระดับความรู้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.16 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในข้อการสังเกตเสียงร้องของทารก คะแนนเฉลี่ย 4.25 คะแนน (SD=0.23) รองลงมาการสังเกตเฝ้าระวังอาการชัก, การดูแลแผลผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 คะแนน เท่ากัน (SD= 0.16) และการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อ คะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนน (SD= 0.83) ตามลำดับ

3.6) การพัฒนาความพึงพอใจ ในรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในข้อ การปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน คะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน (SD=0.23) รองลงมาความรู้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คะแนนเฉลี่ย 3.16 คะแนน (SD=0.36) และ การบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย คะแนนเฉลี่ย 3.15 คะแนน (SD=0.32) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.43 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในข้อระบบการป้องกันการติดเชื้อในมารดาทารก คะแนนเฉลี่ย 4.49 คะแนน (SD=0.28) รองลงมาโครงสร้างการบริหารจัดการในโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ย 4.48 คะแนน (SD=0.45) และการบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย คะแนนเฉลี่ย 4.44 คะแนน (SD=0.38) ตามลำดับ

3.7) การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในมารดาทารกหลังคลอด พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.29 คะแนน (SD=0.47) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลัง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.82 คะแนน (SD=0.33) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนทักษะการดูแลตนเองในมารดาหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.56) การเปรียบเทียบผลการพัฒนาความพึงพอใจในมารดาทารกหลังคลอด พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน (SD=0.38) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.43 คะแนน (SD=0.33) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนทักษะการดูแลตนเองในมารดาหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 10.24) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อและความพึงพอใจก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (n=158)

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ	t	p-value
ทักษะการดูแลตนเองในมารดา					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.21	0.45	ปานกลาง	15.56	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	2.29	0.33	มาก		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.14	0.38	ปานกลาง	10.24	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.43	0.46	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.8) ข้อมูลทั่วไปทารกในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทารกที่ทำการคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 158 คน พบว่า เพศทารก ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 88 คน ร้อยละ 55.70 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 70 คนร้อยละ 44.30 ลักษณะการคลอดส่วนมากทำการคลอดส่วนมาก การผ่าตัดคลอด จำนวน 84 คน ร้อยละ 53.16 รองลงมาคลอดปกติ จำนวน 59 คน ร้อยละ 37.34 และ การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) จำนวน 11 คน ร้อยละ 6.96 ตามลำดับ อายุครรภ์คลอด (สัปดาห์) ส่วนมาก 36-40 สัปดาห์ จำนวน 123 คน ร้อยละ77.85 รองลงมา 31-35 สัปดาห์ จำนวน 20 คน ร้อยละ 12.66 และ มากกว่า 40 สัปดาห์ ขึ้นไป จำนวน 12คน ร้อยละ 7.59 ตามลำดับ (Mean 36.45, S.D. 2.36) Apgar score ที่ 5 นาที ส่วนมากมากกว่า 6 คะแนน จำนวน 156 คน ร้อยละ 98.73 รองลงมาต่ำกว่า 6 คะแนน จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.27 ตามลำดับ น้ำหนักทารกเฉลี่ย ส่วนมากทารกมีน้ำหนัก 3,001-3,500 กรัม จำนวน 56 คน ร้อยละ 35.44 รองลงมา 2,501-3,000 กรัม จำนวน 38 คน ร้อยละ 24.05 และ 3,501-4,000 กรัม จำนวน 29 คน ร้อยละ 18.35 ตามลำดับ (Mean=3,028.45 กรัม, S.D=253.42)

3.9) ผลการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การดูแลป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ในกลุ่มตัวอย่าง 158 คน พบว่า ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงที่พบ ส่วนมาก สงสัยติดเชื้อระยะแรก จำนวน 50 คน ร้อยละ 31.65 รองลงมาน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 27 คน ร้อยละ 17.09 และ ทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 23 คน ร้อยละ 14.56 ได้รับการประเมิน Early Warning score พบว่า ส่วนมากประเมินพบเสี่ยงสูง จำนวน 63 คน ร้อยละ 39.87 รองลงมาประเมินว่าปกติ จำนวน 42 คน ร้อยละ 26.58 และเสี่ยงปาน

กลาง จำนวน 35 คน ร้อยละ 22.15 และ เสี่ยงน้อย จำนวน 18 คน ร้อยละ 11.39 ตามลำดับ การใส่สายหรือท่อช่วยหายใจส่วนมาก ไม่ได้ใส่สายหรือท่อ จำนวน 109 คน ร้อยละ 68.99 รองลงมา ใส่สายแรงดันอากาศผ่านทางจมูก (CPAP) จำนวน 30 คน ร้อยละ 18.99 และ ใส่สายออกซิเจน (Cannula) จำนวน 11 คน ร้อยละ 6.96 ตามลำดับ (วันใส่สายหรือท่อเฉลี่ย Mean=12.63 วัน, S.D.=1.32) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายใส่เข้าไปถึงหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Peripherally inserted central catheter) ส่วนมากไม่ได้ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ จำนวน 154 คน ร้อยละ 97.47 รองลงมาใส่สายสวนหลอดเลือดดำ จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.53 ตามลำดับ (จำนวนวันใส่สายสวนเฉลี่ย Mean=21.26 วัน S.D.=2.36) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical venous catheter) ส่วนมากไม่ได้ใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ จำนวน 148 คน ร้อยละ 93.67 รองลงมาใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ จำนวน 10 คน ร้อยละ 6.33 (จำนวนวันใส่สายสวนเฉลี่ยMean=12.75 วัน, S.D.=2.27)การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral venous catheter) ส่วนมากไม่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 129 คน ร้อยละ 81.65 รองลงมาใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 18.35 ตามลำดับ (จำนวนวันใส่สายสวนเฉลี่ย Mean=2.68 วัน, S.D.=0.41, Min=1 วัน, Max=8 วัน) การได้รับยาปฏิชีวนะ ส่วนมากไม่ได้รับยา จำนวน 87 คน ร้อยละ 55.06 ได้รับยา จำนวน 71 คน ร้อยละ44.94 ตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ส่วนมากนอนพักน้อยกว่า 3 วัน จำนวน 82 คน ร้อยละ 51.90 รองลงมา นอนพัก 3-7 วัน จำนวน 39 คน ร้อยละ 24.68 และ นอนพัก 8-12 วัน จำนวน 23 คน ร้อยละ 14.56 (จำนวนวันนอนเฉลี่ย Mean=2.12 วัน, S.D.=0.51) การป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ส่วนมากไม่พบการติดเชื้อ จำนวน 86 คน ร้อยละ 54.43 รองลงมา Early onset sepsis จำนวน 54 คน ร้อยละ 34.18 และ Late onset sepsis จำนวน 10 คน ร้อยละ 6.33 และ Severe sepsis/Septic shock จำนวน 8 คน ร้อยละ 5.06 ตามลำดับ ระยะเวลาการประเมินภาวะติดเชื้อและรายงานแพทย์ ส่วนมากมากกว่า 15 นาที จำนวน 32 คน ร้อยละ 20.25 รองลงมา 11-15 นาที จำนวน 21 คน ร้อยละ 13.29 และ 6-10 นาที จำนวน 11 คนร้อยละ 6.96 ตามลำดับ (เฉลี่ย Mean=19.32 นาที, S.D.1.54) ระยะเวลาที่ได้รับยาฆ่าเชื้อหลังได้รับการวินิจฉัย มากกว่า 90 นาที 36 จำนวน 22.78 คน รองลงมา 76-90 นาที จำนวน 10 คน ร้อยละ 6.33 และ 61-75 นาที จำนวน 9 คน ร้อยละ 5.70 (Mean=136 นาที,S.D.=20.14) ระยะเวลาในการเพาะเชื้อจากเลือด (Blood culture) ส่วนมากใช้เวลา 31-45 นาที จำนวน 60 คน ร้อยละ 37.97 รองลงมาน้อยกว่า 30 นาที จำนวน 5 คน ร้อยละ 3.16 และ ใช้เวลา 46-60 นาที จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.27 ตามลำดับ (Mean= 36.42 นาที, S.D.=3.26) ระยะเวลาในการตรวจประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อในทารก (Identification of risk factors for neonatal sepsis) ส่วนมากน้อยกว่า 30 นาที จำนวน 33 คน ร้อยละ 20.89 รองลงมา มากกว่า 90 นาที จำนวน 21 คนร้อยละ 13.29 และ 31-45 นาที จำนวน 11 คน ร้อยละ 6.96 นาที (Mean=27.42 นาที, S.D.= 2.1) ระยะเวลาในการวินิจฉัยทารกติดเชื้อ (Diagnosis of neonatal sepsis) ส่วนมาก น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 38 คน ร้อยละ 24.05 รองลงมามากกว่า 90 นาที จำนวน 21 คน ร้อยละ 13.29 และ 31-45 นาที จำนวน 6คน ร้อยละ 3.80 ตามลำดับ (นาทีเฉลี่ย Mean 29.52 นาที, S.D.=1.82) ผลการรักษา เด็กเกิดมีชีพ 157 คนร้อยละ 99.37 และเสียชีวิต จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.63 ตามลำดับ

3.10) การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงาน ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด 2.13 ต่อประชากรหญิงหลังคลอด 1,000 คน อัตราการติดเชื้อรวม 3.73 ต่อประชากรหญิงหลังคลอด 1,000 คน

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด 1.27 ต่อประชากรหญิงหลังคลอด 1,000 คน อัตราการติดเชื้อรวม 1.27 ต่อประชากรหญิงหลังคลอด 1,000 คน

3.11) การเปรียบเทียบจำนวนการติดเชื้อในมารดาทารก (Sepsis) ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดการติดเชื้อในมารดาทารก (Sepsis) มีจำนวนมารดาทารก 686 ราย พบว่า ไม่พบการติดเชื้อ จำนวน 544 ราย ร้อยละ 79.30 พบ Early onset sepsis จำนวน 92 ราย ร้อยละ 13.41 และ Late onset sepsis จำนวน 34 ราย ร้อยละ 4.96 และ Severe sepsis, Septic shock จำนวน 16 ราย ร้อยละ 2.33 หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด การติดเชื้อในมารดาทารก (Sepsis) มีจำนวนมารดาทารก 605 ราย พบว่า ไม่พบการติดเชื้อ จำนวน 514 ราย ร้อยละ 84.96 พบ Early onset sepsis จำนวน 54 ราย ร้อยละ 8.93 และ Late onset sepsis จำนวน 10 ราย ร้อยละ 1.65 และ Severe sepsis, Septic shock จำนวน 8 ราย ร้อยละ 1.32

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์มีปัญหา พื้นที่ยังพบทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะ PROM เกิน 18 ชั่วโมง พบภาวะติดเชื้อในทารกอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ และได้รับการใส่สายสวนทางสะดือ หรือให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำขณะรักษาใน NICU มารดายังขาดความรู้การดูแลตนเอง ขาดการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง ขาดความรู้ขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ไม่ครบ การวินิจฉัยความเสี่ยงล่าช้า ขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่มีประสิทธิภาพ แนวทางปฏิบัติการไม่ชัดเจนขาดความทันสมัย การดูแลทารกได้รับการดูแลตามสมรรถนะองค์ความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ทักษะ การพยาบาลไม่เพียงพอ และขาดทักษะที่จำเป็น ขาดการทบทวนและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ขาดสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ขาดทักษะการประเมินอาการผิดปกติของทารก ไม่ได้ใช้ Early Warning sign สอดคล้องกับ มณี คูประสิทธิ์ และสมคิด ปานประเสริฐ[10] กระบวนการพัฒนาเริ่มมีการพัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พัฒนาแบบบันทึกสัญญาณชีพ Early Warning score รายบุคคลสำหรับทารกแรกเกิด – ถึง 1เดือน (PREW score Record Form Srisangwan Hospital และจัดทำ CPG , CNPG แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในการพัฒนาประกอบด้วย 5 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 2) พัฒนา สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด 3) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติที่ใช้ไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร 4) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในห้องคลอด 5) พัฒนาระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงและทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับ ฉฏาธร ปรานมนตรี และคณะ[11] ผลการใช้รูปแบบส่งผลให้ภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิดลดลง ระดับทักษะการดูแลมารดาทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ระดับทักษะการดูแลตนเองในมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น การส่งเสริมทักษะในพยาบาลในการดูแลมารดาทารก การประเมินความเสี่ยงร่วมกับการทำงานเป็นทีม และส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ประไพพรรณ ฉายรัตน์และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางและจังหวัด ควรให้ความสำคัญในการดูแลมารดาทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่มารับบริการในห้องคลอด และพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาทารกและบริการคลอดอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานและมีความทันสมัยอยู่เสมอ

2. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆในมารดาทารก และสนับสนุนบริการให้มีความปลอดภัยลดอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตในทารกในสถานบริการของรัฐในทุกระดับ

3. จังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลควรส่งเสริมการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลมารดาทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำการถอดบทเรียนรายสถานบริการและพื้นที่

4. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลมารดาทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. ควรมีการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในมารดาเพื่อช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการติดเชื้อในทารก รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการงานคลอด

6. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากรในการรับมือในการดูแลมารดาทารกหลังคลอด และส่งเสริมทักษะการดูแลมารดาทารก ทักษะการประเมินเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติงาน สร้างความปลอดภัยในมารดา และลดอัตราการติดเชื้อในทารก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน คณะเจ้าหน้าที่ผู้ให้การพยาบาลมารดาทารกแรกเกิด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด. ในเพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ. การดูแลปริกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด, 2557:45-56.

2. Carlo WA, Di Fiore JM. Assessment of neonatal pulmonary function. In. Martin R, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Fanaroff & Martin's Neonatal-perinatal medicine. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015: 1060-73.

3.วีณา จีระแพทย์. การดูแลและการพยาบาลทารกที่มีการชักจากภาวะชักขาดออกซิเจนในระยะปริกำเนิด. Practical approaches for neonatal problems. กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด. 2558: 119-33.

4.รัญญา ศรีจันทร์ทองศิริ, ไกลตา ศรีสิงห์, จิรนันท์ วีรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;45(3):256-71.

5.ศูนย์ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. ข้อมูลสถิติงานหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2565.

6.รายงานสถานการณ์มารดาทารกที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. 2565.

7. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากร สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 25654

8. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย. Practice Towards Good Outcomes. กรุงเทพฯ: บริษัทอินเตอร์พริ้นท์ ซัพพลาย จำกัด. 2565

9. Bloom, B.S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

10. มณี คูประสิทธิ์ และ สมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2564; 35(1): 1-20.

11. ฉฏาธร ปรานมนตรี และคณะ.การพัฒนาระบบการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด.วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3. 2565; 19(2): 138-154.

12. ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล.ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.2560;35(3):224-231.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรังการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม

Case study: Nursing care for patients with chronic angle-closure glaucoma, nursing care for patients with acute angle-closure glaucoma due to cataracts and lens edema.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ธนิดา หาญสิทธิ์[1]
Thanida Hansit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรังการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม ศึกษาในผู้ป่วยเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา โดยการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า จากการตรวจตาแรกรับ ความดันตาสูง อยู่ระหว่าง 15 -59มิลลิเมตรปรอท ประเมินการมองเห็น วัดสายตา อยู่ระหว่าง PJ ถึง 5/60 เมตร เมื่อได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์ และแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความดันตาปกติอยู่ระหว่าง 13-44 มิลลิเมตรปรอท การมองเห็นดีขึ้น วัดสายตาอยู่ระหว่าง PJ ถึง 6/60เมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรัง ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน ต้อกระจกระยะเลนส์บวม

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing of chronic angle-closure glaucoma patients and the nursing of acute angle-closure glaucoma patients with cataracts with oedema of the lens. The study was conducted in two comparative cases. Nursing of chronic angle-closure glaucoma patients

The results of the study found that from the initial eye examination, the eye pressure was high, between 15-59 mmHg. The vision assessment and eye measurement were between PJ and 5/60 m. After receiving treatment according to the doctor's treatment plan and nursing care that was consistent with the patient's problem, using the nursing process, Roy's theory of adaptation, and Orem's self-care concept as guidelines for nursing practice, both patients had normal eye pressure between 13-44 mmHg. Their vision improved. The eye measurement was between PJ and 6/60 m. There were no complications from the treatment.

Keywords: Nursing, chronic angle-closure glaucoma patients, acute angle-closure glaucoma patients, cataracts with oedema of the lens

บทนำ

โรคต้อหินมุมปิด คือ กลุ่มโรคของตาที่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตาแบบถาวร สาเหตุส่วนมากมักเกิดจากความดันตาที่สูงกว่าปกติ โดยทั่วไปค่าความดันตาควรต่ำกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ในประเทศไทยมีการสำรวจพบว่าค่าความดันตาเฉลี่ยของประชากรอยู่ที่ประมาณ 12-14 มิลลิเมตรปรอท จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยต่อหิน จำนวน 669 ราย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยต้อหินมุมปิด จำนวน 174 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นโรคเร่งด่วนทางตาที่ต้องให้การดูแลรักษาให้ทันท่วงที เพื่อป้องกันการตาบอดอย่างถาวร จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมจักษุแพทย์พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา ต้องให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยตรวจรักษาพิเศษจักษุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและการตาบอดอย่างถาวร[1]

พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา คือ กลุ่มของบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคตาอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน การที่พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตามีความรู้และทักษะในการดูแล มีการศึกษาหาความรู้ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างมีระบบระเบียบ โดยเริ่มต้นจากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล ระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาล ตามลำดับปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญ[2] ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล[3] นอกจากนี้ยังได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาล[4] เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด ที่ได้รับการ รักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วิธีการศึกษา

วิธีการเลือกผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 2 ราย คือ โรคต้อหินมุมปิดเรื้อรัง ต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (Phacomorphic glaucoma) ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจตา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจและรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะราย ที่นำเอาความรู้ทางทฤษฎี กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประเมินสภาพ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ

1. ข้อมูลอัตนัย (subject data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ ค่านิยม และความเชื่อต่างๆ

2. ข้อมูลประนัย (object data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิดทั้ง 3 ราย และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งแหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลผู้ดูแล แพทย์ผู้รักษา และแฟ้มรายงาน

ผลการศึกษา

การรักษาโดยการผ่าตัดรักษาต้อหิน[5]

1. Peripheral iridectomy

2. Filtering operation ทำในรายที่ควบคุมความดันตาโดยการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล เช่น Trabeculectomy วิธีนี้เป็นที่นิยมในปัจจุบัน ข้อดีของวิธีนี้คือ มี scleralflap อยู่ทางด้านนอก ของ fistula ป้องกันไม่ให้ น้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ไหลออกมากเกินไป ช่วยให้ความแข็งแรงกับ สเคลอราบริเวณนั้นและลดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิด

การพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยต้อหินมุมปิด จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจำเป็นต้องรักษากับจักษุแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความสะดวกในการรับบริการ มีขั้นตอนการรับบริการ และคำแนะนำที่จำเป็น

การตรวจพิเศษทางจักษุที่ผู้ป่วยจะได้รับประกอบด้วย

1. การตรวจวัดสายตา เพื่อประเมินคุณภาพ / ระดับการมองเห็น

2. การตรวจวัดความดันลูกตา ช่วยในการวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นต้อหินมุมปิด

3. การตรวจด้วย Slit lamp microscopy โดยจักษุแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติภายในลูกตา

การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิดทั้งในกรณีผู้ป่วยรายเก่าและกรณีผู้ป่วยรายใหม่

เนื่องจากผู้ป่วยต้อหินมุมปิดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมักจะมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ดังนั้น การให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ดูแล (Caregiver) จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด ต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องต่อไปนี้

- การดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน
- การจัดเตรียมอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างพอเพียง
- การเช็ดตา การหยอดตา
- การทำความสะอาดที่ครอบตา
- การปิดตา
- การมาพบแพทย์ตามนัด
- อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด

ผู้ดูแล ก็ต้องมีสุขภาพกายและจิตที่ดี มีความรู้เรื่องโรคต้อหินมุมปิดพอสมควร มีเวลาพักผ่อน และควรได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง และถ้ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อบางอย่าง เช่น วัณโรคหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ก็ไม่เหมาะสมที่จะดูแลผู้ป่วย

สำหรับเรื่องยา มีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

1. แนะนำการใช้ยาให้ถูกต้อง ตามชนิด ระยะเวลาของการหยอด ตาข้างที่เป็น

2. ผู้ป่วยหรือญาติ ที่ทำการหยอดตาให้ ควรรักษาสุขอนามัยให้สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมือที่จะไปสัมผัสกับตา ตลอดจนความสะอาดของใบหน้า

3. ยาบางอย่างอาจจะมีฤทธิ์ข้างเคียง เช่น เมื่อหยอดแล้วอาจจะทำให้ตามัวมากขึ้น หรือ ตาแดงมากขึ้น หรือหยอดแล้วแสบตา เมื่อมีอาการเช่นนี้ ถ้าสงสัยควรสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือแพทย์ที่ทำการรักษา

4. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลควรเน้นย้ำกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องนี้ เพราะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ตาบอดก่อนถึงวัยและก่อนเวลาอันควร

5. การสังเกตอาการผิดปกติ เช่นปวดตามาก ตามัวลงมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดศีรษะ ควรรีบมาพบแพทย์

การพยาบาลก่อนการยิงแสงเลเซอร์

1. ควรให้ผู้ป่วยปรึกษากับจักษุแพทย์และถามคำถามทุกคำถามให้กระจ่างเข้าใจก่อนการตัดสินใจยิงแสงเลเซอร์

2. ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องงดอาหารหรือยาใด ๆ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติและรับประทานยาทุกอย่างตามแพทย์สั่งโดยไม่ต้องงดยาละลายเลือด เนื่องจากการยิงแสงเลเซอร์นั้น โดยมากไม่มีเลือดออกเลยแม้แต่น้อย

3. ควรให้ผู้ป่วยมาก่อนเวลานัดอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเพื่อเตรียมตัวหยอดยาหดม่านตาก่อนการยิงแสงเลเซอร์

4. การหยอดยาหดม่านตาด้วย 2 % pilocarpine จะมีผลให้เกิดอาการปวดเวียนศีรษะและหัวคิ้ว ซึ่งจะเป็นอยู่นานประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง และจะหายเป็นปกติได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาใดๆ แต่หากอาการปวดรุนแรง ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการได้

5. ผู้ป่วยอาจสังเกตว่าสายตาการมองใกล้หรืออ่านหนังสือดีขึ้นมากหลังการหยอดตา ซึ่งเป็นผลจากการที่ม่านตาหดตัวและการมองเห็นใกล้จะกลับแย่ลงเหมือนก่อนการหยอดยาโดยใช้เวลาประมาณ 1 – 2 วัน

6. หลังการยิงแสงเลเซอร์ อาจมีภาวะความดันตาสูงขึ้นจากการยิงแสงเลเซอร์ หากผู้ป่วยมีอาการปวดตาและปวดศีรษะอย่างรุนแรง ไม่ดีขึ้นหลังการรับประทานยาแก้ปวด เห็นมีแสงหรือสีรุ้งรอบดวงไฟ ควรปรึกษาแพทย์ทันที

การพยาบาลหลังยิงแสงเลเซอร์

1. ห้ามขยี้ตาข้างที่ยิงแสงเลเซอร์ เพราะอาจทำให้กระจกตาถลอกเป็นแผลได้ ควรใช้ผ้าสะอาดซับเบาๆ เมื่อมีน้ำตาไหล

2. ไม่ควรขับรถ หรือเดินทางไกลหลังยิงแสงเลเซอร์ใน 24 ชั่วโมงแรก

3. รับประทานยายาและหยอดตาอย่างเคร่งครัด

4. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ตามัวมากขึ้น ปวดตามากต้องมาพบแพทย์ทันที

5. ห้ามก้มหน้านาน ๆ ห้ามกลั้นหายใจ ห้ามเบ่งอุจจาระ ห้ามว่ายน้ำ ห้ามออกกำลังกาย ไม่ควรร่วมเพศ ไม่ควรทำสวน ห้ามอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังจากยิงแสงเลเซอร์

6. ควรนอนศีรษะสูง หมอน 2 ใบ ประมาณ 3 สัปดาห์

7. พยายามควบคุมการไอและจาม อย่าสั่งน้ำมูกแรง ถ้ามีอาการไอจาม ควรพบแพทย์รักษา

8. รับประทานอาหารและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ไม่มีข้อห้ามในการดูโทรทัศน์

การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดที่รักษาแบบผู้ป่วยใน

การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิด โดยทั่วไปมีดังต่อไปนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางครั้งอาจมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. การจัดสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดมักมีอาการปวดและขัดเคืองตา ดังนั้นจึงควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในบริเวณที่ห่างจากทางเดิน บริเวณที่ไฟไม่สว่างจ้าจนเกินไป ปิดไฟเมื่อไม่มีการทำกิจกรรมการพยาบาล หรือเปิดไฟเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

3. การรับประทานอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรคทางตา พยาธิสภาพของโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคGout การได้รับอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมจะช่วยในการหายของโรคให้เร็วขึ้น

อาหารที่ได้รับควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย มีกากใยเพื่อช่วยในการขับถ่าย

4. การขับถ่าย ดูแลไม่ให้เกิดอาการท้องผูก แนะนำผู้ป่วยถ้ามีอาการท้องผูก ควรแจ้งให้พยาบาลที่ดูแลทราบ เพื่อจะได้ช่วยเหลือให้การพยาบาล ไม่ควรออกแรงเบ่งถ่ายเอง เพราะอาจจะกระทบกระเทือนต่อความดันลูกตา หรืออาจจะกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด

5. การพยาบาลทางตา

5.1 การเช็ดตา การหยอดตา

5.2 ข้อควรระวังอื่น ๆ

- ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ถูกหลักของการให้ยา

- ยาหยอดตาบางชนิด เช่น 2 หรือ 4 % Pilocarpine เมื่อหยอดยาแล้วจะทำให้แสบและขัดเคืองตามาก ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อน

- เนื่องจากยาหยอดตา อาจถูกดูดซึมเข้าร่างกาย ดังนั้นการใช้ยา พยาบาลจึงควร ระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง ยกตัวอย่าง เช่น **Epinephrine** มีฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent ดังนั้นควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหัวใจ **Timolol** มีฤทธิ์เป็น β –adrenergic block agent ดั้งนั้นควรใช้ ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยหอบหืดหรือโรคหัวใจ

- ยารับประทาน เช่น ยาในกลุ่ม Acetazolamide มีผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้

ปลายมือ ปลายเท้าชา เบื่ออาหาร ถ้าพบอาการเช่นนี้ พยาบาลควรแจ้งแพทย์ทราบยารับประทานอีกชนิดที่หวังผลในการลดความดันลูกตา คือ Glycerine แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยจะรับประทานลำบาก เนื่องจากรสหวานและเลี่ยน สามารถแก้ปัญหานี้ได้โดยใช้ผสมกับน้ำส้ม หรือน้ำมะนาว ในอัตราส่วน 1:1 และขนาดของ Glycerine คือ 1 c.c. : น้ำหนักตัวผู้ป่วย 1 กก. เช่นผู้ป่วยมีน้ำหนัก 50 กก. ก็ตวง Glycerine 50 cc. รวมเป็น 100 cc. แต่ถึงแม้ว่าจะผสมแล้วยังมีผู้ป่วยบางราย ไม่สามารถรับประทานได้ หรือรับประทานแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซึ่งเป็น อาการข้างเคียงอย่างหนึ่งของ Glycerine พยาบาลควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อจะได้เปลี่ยนแผนการรักษา

-ยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ และหวังผลในการลดความดันลูกตา คือ 20 % Mannitol 250 หรือ 300 cc. vein drip ใน 30 นาที ถ้าผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้ พยาบาลควรจะบันทึก ความดันโลหิต ทุก 15 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติต้องรีบแจ้งให้แพทย์ทราบ

-ในการหยอดตาแต่ละวัน ควรประเมินอาการของผู้ป่วย โดยการตรวจสอบด้วยไฟฉาย สิ่งสำคัญที่ควรตรวจสอบในผู้ป่วยต้อหิน คือ ความใสของกระจกตา ความตื้น – ลึกของ anterior chamber ตลอดจนสอบถามอาการปวดของผู้ป่วย ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล ให้เรียบร้อยในแต่ละเวร

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางตา

การผ่าตัดต้อกระจกและต้อหินมุมปิด ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางตา เนื่องจาก

อันตราย เสี่ยงต่อการตาบอดได้ทุกขณะ เพราะเป็นการผ่าตัดเข้าไปในลูกตา ถ้าไม่ระมัดระวังอาจจะเกิดการติดเชื้อขึ้น และอาจจะตาบอดได้ในที่สุด

ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ประมาณ 3 – 5 วัน หลังจากผ่าตัด ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน

การให้ยาระงับความรู้สึก อาจเป็นแบบ local หรือ general ก็ได้แล้วแต่กรณี

การดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรแนะนำกฎระเบียบ การเข้าเยี่ยม เวลาเยี่ยมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนะนำห้องน้ำ ห้องส้วมและการใช้ แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยข้างเตียงที่ทำการผ่าตัดแล้ว เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และเป็นการลดความวิตกกังวล

2. การเตรียมทางด้านร่างกาย ดูแลความสะอาดของเส้นผม หนังศีรษะ ใบหน้า เล็บมือ ควรตัดให้สั้นและสะอาด เพราะสาเหตุเพียงเล็กน้อยเหล่านี้อาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนขึ้นมาภายหลังได้

3. ในผู้ป่วยต้อกระจก และต้อหินมุมปิด การเตรียมผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดทั่วไป คือการตัดขนตาข้างที่จะทำการผ่าตัด โดยใช้กรรไกรปลายโค้งมน ทาด้วยวาสลิน เพื่อป้องกันไม่ให้ขนตาหลุดร่วงเข้าไป ในตาซึ่งจะ สร้างความระคายเคืองให้แก่ผู้ป่วย ตัดขนตาทั้งเปลือกตาบนและเปลือกตาล่าง หลังจากตัดขนตา เรียบร้อยแล้ว ควรล้างตาให้สะอาดด้วย 0.9 % N.S.S. เพื่อชะล้างสิ่งสกปรกต่าง ๆ ออกจากตา (การตัดขนตาส่วนมากจะตัดตอนเย็นก่อนการผ่าตัด 1 วัน)

4. ในด้านจิตใจ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการผ่าตัด ชี้แจงถึงผลดีและผลเสีย ถ้าผู้ป่วยไม่ ยอมรับการรักษา

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล อาจแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและทำผ่าตัดไปแล้ว อีกประการที่สำคัญก็คือ แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วยบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ๆ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

6. ควรหัดให้ผู้ป่วยนอนคลุมโปง ประมาณ 30 นาที ดูว่าผู้ป่วยทนได้หรือไม่ เพราะเวลาเข้าห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติแบบเดียวกัน และเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด ถ้าเกิดปัญหาขึ้นในขณะทำผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วย หายใจทางปาก หรือถ้าทนไม่ได้ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ และในขณะที่แพทย์ทำผ่าตัดให้นอนนิ่ง ๆ ห้ามส่ายหน้าหรือศีรษะ ถ้าจะไอหรือ จามควรทำเบา ๆ

7. คืนวันก่อนผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก ควรได้รับยากล่อมประสาท หรือยาระงับประสาท

8. เช้าวันที่จะทำผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าแล้ว ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอม แนะนำให้ผู้ป่วยถอดออกแล้วทำความสะอาด ปาก และฟันให้สะอาด ปัสสาวะให้เรียบร้อย

9. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาวะความดันลูกตาสูง แต่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด ส่วนมากแพทย์จะให้ 20 % Mannital 250 cc vein drip ใน 30 นาที ถ้าพบกรณีเช่นนี้ พยาบาลควรบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตั้งแต่ก่อนให้ จนกระทั่ง Mannital หมด เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

10.ยาหยอดตาที่ผู้ป่วย จะได้รับในตอนเช้าในวันที่จะผ่าตัด จะเป็น Antibiotic eye drop ห่างกัน 5 นาที จำนวน 5 ครั้ง เพื่อเป็นการทำความสะอาดตาและป้องกัน infection และเพื่อความสะดวกของแพทย์

ในการทำผ่าตัดจำเป็นต้องขยายม่านตาของผู้ป่วย ยาที่นิยมใช้คือ 1 % Mydriacyl eye drop หยอดสลับกับ Antibiotic eye drop จนกว่าม่านตาจะขยาย

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด จะพบว่าผู้ป่วยถูกปิดตาด้วย eye pad และครอบด้วย eye shield เมื่อมาถึง ward และจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนลงเตียง ควรทำด้วยความระมัดระวัง ระวังไม่ให้ผู้ป่วยผงก หรือยกศีรษะขึ้นเอง ควรมีเจ้าหน้าที่ดูแลเวลาเคลื่อนย้ายและช่วยประคองศีรษะ เพื่อป้องกันไม่ให้ศีรษะและตาได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลแยก หรือมี Hyphema ตามมาได้

2. ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด ห้ามเปิดตาและห้ามหยอดตาผู้ป่วย โดยเด็ดขาด ยกเว้นแพทย์มีแผนการรักษาเป็นกรณีพิเศษ

3. Moderate bed rest บนเตียง 8 ชั่วโมง หมายความว่าให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง และแขวนป้ายบอกเวลาที่ผู้ป่วยสามารถลุกได้ไว้ด้วย และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้กริ่ง หรือกระดิ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ให้นอนหงาย หรือนอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด ห้ามตะแคงข้างที่ทำผ่าตัดอย่างเด็ดขาด จนกว่าจะครบระยะเวลา 8 ชั่วโมง

4. บันทึกสัญญาณชีพทุกราย สอบถามอาการอย่างอื่น เช่น อาการปวดตา หรือมีอาการ คลื่นไส้อาเจียนหรือไม่ ดูแลให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและลงบันทึกทางการพยาบาลให้เรียบร้อย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ตาข้างที่ทำผ่าตัดมีเลือดซึม เปื้อน eye pad มาก หรือมีอาการปวดตามาก ให้ยาตามแผนการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น ควรรายงานให้แพทย์ทราบ

5. แนะนำไม่ให้แกะ eye shield ออกโดยเด็ดขาด เพราะ eye shield จะเป็นเกราะป้องกัน direct trauma

6. เมื่อนอนบนเตียงครบ 8 ชั่วโมงแล้ว แพทย์จะอนุญาตให้ลุกได้ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรทำด้วยความระมัดระวัง ในระยะนี้ จะห้ามล้างหน้าโดยเด็ดขาด ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้หมาดเช็ดทำความสะอาดแทน เพราะการล้างหน้า น้ำอาจจะเข้าไปในตา อาจทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ และอีกประการที่สำคัญคือ ถ้าล้างหน้าอาจจะเผลอ ก้มหรือสะบัดหน้า ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมาได้

7. หลังผ่าตัดวันแรกและวันที่ 2 ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน

8. อาหารหลังผ่าตัดวันแรก ให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพื่อป้องกันไม่ให้ท้องผูก หลังจากนั้นอาจจะให้อาหารอ่อนหรืออาหารธรรมดาแล้วแต่กรณี

9. การขับถ่าย ถ้ามีปัญหาควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ห้ามเบ่งอุจจาระ หรือปัสสาวะเพราะแรงเบ่งอาจ สร้างปัญหาให้กับแผลที่ตา อาจเกิดแผลแยกได้

10.การสระผม ห้ามก้มหน้าสระผมเอง ควรนอนหงายให้ผู้ดูแลสระให้

11. หลังผ่าตัด บางครั้งแพทย์อาจจะต้องใช้ Transquilizer เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

12. ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาต่าง ๆ ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ

คำแนะนำที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงได้รับ ก่อนกลับบ้าน

1. การทำความสะอาดตาและการหยอดตาอย่างถูกวิธี

2. การครอบ eye shield ควรครอบไว้ตลอดเวลา นอกจากเวลาเปิดหยอดตา ทั้งนี้เพื่อป้องกัน direct trauma

3. การเคลื่อนไหว ควรทำด้วยความระมัดระวัง ห้ามยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม ห้ามอุ้มเด็ก ห้ามเล่นกับ เด็ก เพราะเด็กอาจจะใช้มือปัดตาได้

4. การเช็ดหน้า การแปรงฟัน ควรทำด้วยความระมัดระวัง

5. ควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ตามัวลง ตาแดงมาก ปวดตามาก หรือมีขี้ตามาก ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล รักษาไว้ซึ่งการมองเห็นในปัจจุบันซึ่งความดันตาเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียว ที่สามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาพยาบาลเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก การวางแผนกิจกรรมพยาบาลในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด มี 2 กรณี ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรัง

กรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (phacomorphic qlaucoma)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลระยะก่อนการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ (peripheral Iridotomy) 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดตาขวา เนื่องจากความดันตาสูง 2.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวรักษาด้วยแสงเลเซอร์ **การพยาบาลขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์** เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์	**การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Phacoemulsification with IOL)** 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดตาซ้าย ปวดศีรษะมาก เนื่องจากความดันตาซ้ายสูงมาก 2.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาซ้าย 3.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เตรียมตัวรับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาซ้าย 4.เสี่ยงต่อการเกิดเส้นประสาทตาถูกทำลายจากภาวะความดันตาซ้ายสูง 5.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากตามัวมาก
การพยาบาลระยะหลังการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ 1.เสี่ยงต่อภาวะความดันตาสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องตาส่วนหน้า 3.เสี่ยงต่อการเกิดกระจกตาถลอก **การพยาบาลก่อนผ่าตัด Trabeculectomy** 1.วิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลไม่ทราบกฎระเบียบและแผนการรักษาของแพทย์ 2.ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัด **การพยาบาลหลังผ่าตัด Trabeculectomy** 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาขวาหลังผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องตาส่วนหน้าหลังผ่าตัด	**การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด** 1.ไม่สุขสบายจากการระคายเคืองตาซ้าย 2.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดตาซ้าย 3.ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตาซ้ายและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดตาขวา 4.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรังได้รับยาหยอดตาลดความดันตาและรักษาด้วยแสงเลเซอร์ แต่ความดันตายังไม่ลดลง การรักษาด้วยยาและแสงเลเซอร์สามารถควบคุมความดันตาลงในระดับปกติ นัดติดตามอาการตรวจรักษาและรับยาต่อเนื่อง ความดันตาอยู่ระหว่าง 15 ถึง 25 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันที่เกิดจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (phacomrphic qlaucoma) การพยาบาล เน้นดูแลให้ได้รับยาลดความดันตาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาลดความดันตาในระยะก่อนผ่าตัด เฝ้าระวัง ให้การพยาบาลดูแลแผลผ่าตัดตาด้วยหลักปลอดเชื้อ และเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดตาอย่างใกล้ชิด ความดันตาหลังการรักษาพยาบาลปกติเท่ากับ 19 มิลลิเมตรปรอท สายตามองเห็นดีขึ้น วัดสายตาได้เท่ากับ 6/12 เมตร

ผู้ป่วยต้อหินมุมปิด เป็นผู้สูงอายุ สิ่งจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา ต้องเตรียมคือ ความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้การปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเอง จากโรคต้อหินมุมปิด เพราะโรคต้อหินมุมปิดต้องรักษาต่อเนื่อง ประเมินความดันตา วัดสายตาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลของการรักษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาต้องพร้อมใช้งาน มีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เครื่องเลเซอร์ แว่นตาป้องกันแสงเลเซอร์ ยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ เพียงพอ เพื่อการรักษาที่ทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย[6,7]

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ตำราจักษุวิทยา สำหรับนิสิตแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :พิมพ์ดี จำกัด , 2556.
2. จันทร์จิรา เจียรณัย. กระบวนการพยาบาล. สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 2558.
3. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หน่วยที่ 7 ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ : ทฤษฎี เน้นผู้รับบริการ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing Theory. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2555.
4. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : วีเจพริ้นติ้ง. 2541.
5. อติพร ตวงทอง และคณะ. ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ไซเบอร์พรินท์กรุ๊ป จำกัด, 2558.
6. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จักษุจุฬา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด, 2557.
7. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. จักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์ จำกัด, 2552.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients Using Health Literacy Enhancement in Dampra of Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ชัชชาย เพชรพิมพ์[1] แพรวทิพพ์ สุธีรประเสริฐ[2] กาญจนา พลราช[3] บรรเทิง พลสวัสดิ์[4]
Chutchai Phetphim[1] Praewthip Sutheeraprasert[2] Kanjana Phonrat[3] Bunterng Polsavat[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันโดยวิเคราะห์การประเมินสภาพปัญหา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ผลลัพธ์ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบหลังการนำไปทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติแบบทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การวางระบบ (System) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ 2) สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามผล (Digital Health Tools) ผ่านระบบแอปพลิเคชั่น Line D-Home care 4) การพัฒนาคู่มือและสื่อการสอนที่มีคุณภาพ 5) การสร้างแรงจูงใจ 6) การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยและการสนับสนุนชุมชน 7) โปรแกรม“DAMPHA Model” 2) ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(95% CI =36.73 – 46.54; p-value=0.00, 95% CI = 8.59–18.45; p-value=0.00 ตามลำดับ) ระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มที่ใช้รูปแบบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.64 – 0.20;p-value=0.013)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purpose of this action research: of care model for Type 2 diabetes patients using Health Literacy enhancement in Dampra of Tambon Health Promoting Hospital, Mueang district, Ubon Ratchathani Province. Research Methodology: The research was conducted in four stages: 1) studying and analysing the assessment of the problem conditions, Health literacy, and health behaviors of diabetic patients 2) develops a model of care for type 2 diabetes patients and using Health literacy 3) evaluate the results of model development, Health literacy, Health behavior and HbA1c. One hundred of patients with Type 2 diabetes were randomly assigned into an experimental group and control group, with 50 Type 2 diabetes patients in

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี Corresponding author
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า
[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี Corresponding author

each group. 4) making post-experimental improvements. Data were analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, independent t-test and paired t-test

Results: 1) The model of care for patients with type 2 diabetes using health literacy enhancement including, 1) establishing an effective care system for diabetic patients 2) building a multidisciplinary team 3) using technology to support learning and follow-up 4) development of quality manuals and teaching materials 5) motivation 6) patient network and community support 7) "DAMPHA Model" program. 2) Regarding the efficacy of the model, it was found that after the intervention, the experimental group's average Health Literacy score and health behaviors score was significantly higher than that of the control group, (95% CI =36.73 – 46.54; p-value=0.00, 95% CI = 8.59–18.45; p-value=0.00 , respectively). The experimental group's average HbA1c levels were significantly lower than those of the control group (95% CI = -1.64 – 0.20;p-value=0.013)

Keyword: Model Development, Health Literacy, type 2 diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามร้ายแรงต่อสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์เร่งด่วนที่รัฐบาลต้องดำเนินการแก้ไข นอกจากนี้อัตราการเกิดโรคเบาหวานยังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญในระดับโลก[1,2] โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเฉพาะคือการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดอินซูลินหรือดื้อต่ออินซูลิน[3] จากรายงานของ International Diabetes Federation คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 643 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 46 ของประชากรโลก[4] และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบทางสาธารณสุขและการพัฒนาทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศอย่างรุนแรง [5,6] สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2554 - 2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 2052.30 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 16,485 คนภายในระยะเวลา 10 ปี[4] จากแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาลเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[7]

จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน การไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลใจได้ และการใช้ยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก จนเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง[8] ดังนั้นหากสามารถส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น[10] กรมอนามัยได้เสนอแนวคิดให้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามหลัก 3 อ.1ย. ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[11] ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Literacy) จะเป็นปัจจัยเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น[12] ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวาน และมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม[13,14] ซึ่งจะดำเนินการได้ดีต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพและต้องมีระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขด้วย[15]

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 ได้กำหนดนโยบาย Comprehensive Global Monitoring Framework (GMF) ภายใน พ.ศ. 2568 เป้าหมายความสำเร็จกำหนดตัวชี้วัดความชุกของน้ำตาลสะสมในเลือดสูง < 7.0 mmol/L รวมทั้งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ “V shape” ครอบคลุม 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสาร โต้ตอบและซักถามการตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพและการบอกต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกับผู้อื่นมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลสุขภาพ[11] สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้อยู่ในระดับปกติ โดยส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว[16] จากรายงานวิจัยหลายฉบับ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] ร่วมกับการติดตามและให้คำแนะนำเชิงลึก เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพเพื่อให้ทราบถึงอุปสรรคปัญหาของการปฏิบัติตัวและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสุขภาพต่อไป[18]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตชุมชนเมืองและกึ่งชนบท มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2,580 คน คิดเป็นร้อยละ15.25 ของประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ในจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2563 – 2565 จำนวน 255, 259, 268 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางส่วนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ตาต้อกระจก ปลายมือปลายเท้าชา มีแผลที่เท้า โรคไตวายและโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องส่งเข้ารับการรักษากับสถานพยาบาลทุติยภูมิเพิ่มมากขึ้น แม้การดำเนินงานที่ผ่านมาจะมีการให้บริการด้านสุขภาพทั้งในและนอกสถานบริการ แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ เนื่องจากยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงไปบ้านยังไม่ครอบคลุม ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาช่วยปรับปรุงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งดำเนินการตามแนวทางพัฒนารูปแบบของ Day KP และ Hariharan S19 ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน 2) สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และ4) ประเมินผล

และแก้ไขปรับปรุง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม 2567 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยการศึกษาเอกสารการปฏิบัติงานและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมถึงแสดงความคิดเห็นโดยการสะท้อนปัญหาอุปสรรค ความต้องการและการหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า จากนั้นนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง จัดระเบียบข้อมูล หาข้อสรุปและประชุมเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดีขึ้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพคัดเลือกตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังการนำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันตามข้อสรุปในระยะที่1 และร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบการดูแลที่เหมาะสม พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) การประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกคือระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

ระยะที่ 4 ปรับปรุงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการทดลอง ศึกษาข้อบกพร่องที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบฯ และหาแนวทางการปรับปรุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รับบริการหรืออาศัยในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เข้ารับการรักษาที่ รพสต.ด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรของ (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2550) และการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ของถาวร สายสวรรค์[15] โดยกำหนดให้ power =.80, medium effect size, alpha = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย เนื่องจากระหว่างการศึกษาอาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คนกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้าไม่เกิน 10 ปี และควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดไม่ได้ (มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มากกว่าร้อยละ 7 หรือ FBS > 140 mg%) 2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ 3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือโปรแกรมที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 6 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพหลักและโรคร่วม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) การสื่อสาร โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองด้านสุขภาพ 6) การบอกต่อพฤติกรรมที่ดีกับผู้อื่น ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยภาพรวมได้ค่า 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง มีการบันทึกข้อมูลและบันทึกเทปเสียง การถอดเทป การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามหลักการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) และนำไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata version 16 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t – test เปรียบเทียบตัวแปรตามที่สนใจที่เป็นกลุ่มเดียวกัน และใช้สถิติ Independent t – test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมด้านการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ SSJ.UB 2567-147

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลที่ใกล้เคียงกัน **กลุ่มทดลอง** เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 54 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54 อาชีพหลักส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 34 นอกจากนี้พบว่ามีโรคร่วม ร้อยละ 80

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 64 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพหลักส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 34.0 นอกจากนี้พบว่ามีโรคร่วม ร้อยละ 80.0

ผลของการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 การปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้สถิติ paired t-test **ผลการศึกษาในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ** พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน**ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ**เท่ากับ 104.06 คะแนน (SD=7.07) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 61.40 คะแนน (SD=12.23) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 42.66 คะแนน (SD=14.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 38.49–46.83; p-value=0.00) **ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 75.96 คะแนน (SD=7.43) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 61.82 คะแนน (SD=7.49) โดยผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองมีสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 14.14 คะแนน (SD=11.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =10.91–17.37; p-value=0.00) และ**ระดับน้ำตาลสะสม** พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเท่ากับ 7.73 mg/dl (SD=1.86) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเท่ากับ 8.63 mg/dl (SD=1.65) โดยผลต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังการทดลองมีต่ำกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ0.90 mg/dl (SD=2.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.34 – 1.47; p-value=0.02) **กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ** พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 50

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*t*	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	61.40	12.23	104.06	7.07	20.559	38.49 – 46.83	.000**
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	65.80	16.59	62.44	15.92	.990	-3.46 – 10.18	.327^{ns}
2.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ							
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	61.82	7.49	75.96	7.43	8.804	10.91 – 17.37	.000**

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 50

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*t*	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	63.44	15.91	63.62	6.23	.494	-3.62 – 5.97	.623^{ns}
3.ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)							
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	8.63	1.65	7.73	1.86	-11.01	-1.47 – -0.34	.002**
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	8.47	1.66	8.64	1.77	3.201	-0.38 –.004	.061^{ns}

** p <0.01

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการศึกษา **หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ** พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 104.06 คะแนน (SD=7.07) และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 62.44 คะแนน (SD=15.92) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบเท่ากับ 48.09 คะแนน (SD=2.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =36.73 – 46.54; p-value=0.00) **ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.96 คะแนน (SD=7.43) และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านด้านพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 63.62 คะแนน (SD=6.23) โดยผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบเท่ากับ 12.34 คะแนน (SD=1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 8.59–18.45;p-value=0.00) **ระดับน้ำตาลสะสม** พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.64 mg/dl (SD=1.77) และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.73 mg/dl (SD=1.86) โดยผลต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มที่ใช้รูปแบบต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบเท่ากับ - 0.91 mg/dl (SD=0.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.64 – 0.20;p-value=0.013) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 50)

ตัวแปร	กลุ่มที่ใช้รูปแบบ		กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ		*t*	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	61.40	12.23	65.80	16.59	-1.509	-10.19 – 1.39	.135^{ns}
หลังการทดลอง	104.06	7.07	62.44	15.92	16.896	36.73 – 46.54	.000**
2.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	61.82	7.49	63.44	15.91	-1.306	-4.54 – 0.92	.195^{ns}
หลังการทดลอง	75.96	7.43	63.62	6.23	5.447	8.59 – 18.45	.000**

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 50)

ตัวแปร	กลุ่มที่ใช้รูปแบบ		กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ		*t*	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
3.ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)							
ก่อนการทดลอง	8.63	1.65	8.47	1.66	0.532	-0.48 – 0.83	.596^{ns}
หลังการทดลอง	7.73	1.86	8.64	1.77	- 2.535	-1.64 – 0.20	.013**

** p <0.01

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การวางระบบ (System) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ 2) สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ รับผิดชอบในการบริการและวางแผนรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม 3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามผล (Digital Health Tools) ผ่านระบบแอปพลิเคชั่น Line D-Home care 4) การพัฒนาคู่มือและสื่อการสอนที่มีคุณภาพ 5) การสร้างแรงจูงใจ 6) การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยและการสนับสนุนชุมชน 7) จัดโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้ชื่อ “DAMPHA Model” โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่านรูปแบบการบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะต่างๆ การประชุมเชิงปฏิบัติ การระดมความคิด บทบาทสมมุติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้คำปรึกษา การใช้ระบบแอปพลิเคชั่น Line D-Home care ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกองสุขศึกษา ที่มองว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและหลากหลาย ตรงกับความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ[22] เอื้อจิต สุขพูล[23] พบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. การประเมินผลโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบโปรแกรม ทำให้มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และความเข้าใจและทักษะต่างๆในการจัดการโรคเบาหวาน ตามหลัก 3อ.1ย. เช่น การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะการบอกต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญในการ

ดูแลสุขภาพตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ความเครียดและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นจนเกิดผลลัพธ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับการศึกษา Butayeva J et al.[17] ได้วิเคราะห์ผลกระทบของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผลลัพธ์การจัดการตนเองในกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้และการฝึกฝนทักษะต่างๆ ของทีมสุขภาพช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วยยาวนานมากกว่า 7 ปี และช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17] นอกจากนี้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีผ่านแอพพลิเคชั่นหรือLine สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดียิ่งขึ้น[24] นอกจากนี้ Margaret A. Power et al.[25] สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคเบาหวานแห่งอเมริกา พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพที่มีการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม เช่น การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิคทางออนไลน์หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อปรับปรุงมาตรการคุณภาพการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของระบบบริการการรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลเชิงบวกทั้งทางคลินิกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสาร การเข้ารับบริการสุขภาพและการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งการฝึกทักษะต่างๆ การสร้างแรงจูงใจ และการใช้เทคโนโลยีร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีผลกระทบเชิงบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [17,21,25]

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 6 กิจกรรมมีประสิทธิผลทำให้กลุ่มตัวอย่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอการดำเนินของโรคไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นเบาหวานขึ้นตา โรคไต และโรคหัวใจ

1.2 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลาการสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพร้า อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

1.3ใช้ในการวางแผนบริหารจัดการด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะยาวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.4 ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ส่วนผลที่เกิดทางอ้อมอาจจะได้แก่ การกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนนั้นมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน ส่วนเกิดผลกระทบ (impact) โดยตรง ในระยะยาว ทำให้มีแนวทางการดูแลที่มีมาตราฐานยิ่งขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ดีขึ้น

5. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้า และวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่สัมพันธ์กันต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรปรับปรุงการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ พัฒนากลยุทธ์และแผนงาน เสริมสร้างทีมงานและเครือข่ายผู้ให้บริการ ประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้ความรู้ รวมถึงสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในระยะยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยประเมินผลการใช้โปรแกรมให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Junjun Ye1, Yixi Wu, Shuhui Yang, Dan Zhu, Fengwu Chen , Jingxian Chen, et al. The global, regional and national burden of type 2 diabetes mellitus in the past, present and future: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Front Endocrinol (2023). 14:1192629. DOI 10.3389/fendo.2023.1192629

2.Yadav KN, Singh BD, Khanal KV, Sharma KR. Prevalence and Risk Factors of Type 2 Diabetes Mellitus among Adults in Itahari Sub Metropolitan City of Eastern Nepal. Janaki Medical College Journal of Medical Sciences (2024); 12(1):47-56.

3.classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care (2022) 45(Suppl 1):S17–s38.doi: 10.2337/dc22-S002

4.Magliano DJ, Boyko EJ. Chapter 3 Global picture in IDF DIABETES ATLAS (10th edition). Nternational Diabetes Federation, Brussels: Belgium. 2021.

5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

6.ภัทระ แสนไชยสุริยา, บังอร เทพเทียน, ปาริชาติ จันทร์จรัส, ภูษิต ประคองสาย, กุมารี พัชนี, ปิยฉัตรตระกูลวงษ์. รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.

7.ศมณัฐ บุญเลิศ. ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19):กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านลาด. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 5(2): 110-128.

8.สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2560

9.เนตรนภา บุญธนาพิศาน.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564.

10.อภิญญา บ้านกลาง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(1): 85-95.

11.กรมอนามัย. คู่มือแนวทางปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ครบองค์รวม 3อ, +1ย.). สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง, นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561. 50 หน้า.

12.สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. รายงานคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่องการปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2559

13.กรมสนับสนุนสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่อง การเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาและคู่มือการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา สำหรับ อสม. คัดกรองโรคเบาหวาน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข; 2556.

14.คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงานPrimary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

15.ถาวร สายสวรรค์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 29(1): 91-98.

16.ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12:515-22.

17.Butayeva J, Ratan ZA, Downie S, Hosseinzadeh H. The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. J Diabetes. 2023;15(9):724-735. Doi:10.1111/1753-0407.13436.

18.Estey AL, Tan MH, Mann K. Follow-up intervention:Its effect on compliance behavior to a diabetes regimen.Diabetes Education 1990;16:291-5.

19.Dey KP, Hariharan S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine 2006;18:583-605.

20.สุริยา ฟองเกิด, ยะวิษฐา สุขวาสนะ, บุศรา สุขสวัสดิ์, ศุภรา หิมานันโต. ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2567;8(1): 207-223.

21.สุภาวดี กลัดทอง, ณรินี แย้มสกุล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2อ.ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2564;1(2):14-25.

22.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานของกองสุขศึกษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

23.เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพสำหรับประชาชนวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 419-429.

24.Imrermsakul S, Saneha C, Wattanakitkrileart D, Buranasupkajorn P. Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in the elderly with type 2 diabetes mellitus. Nurs Sci J Thail. 2022;40(1):84-98.

25.Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of Pas, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. Diabetes Care. 2020;43(7):1636-49. Doi:10.2337/dci20-0023.

ประสิทธิภาพในการบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Efficiency of Chemical Water Quality Treatment of The Wastewater Treatment System, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province

(Received: September 16,2024 ; Revised: October 9,2024 ; Accepted: October 14,2024)

อนุรักษ์ ปิ่นทอง[1] และทักษิณ วันชูพริ้ง[1]
Anurak Pintong[1] and Taksin Wanchoopring[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐานและเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียกับน้ำทิ้ง เพื่อหาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย ซึ่งทำการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียมีค่าความเป็นกรดด่าง (pH) 6.99 ± 0.10 การนำไฟฟ้า 597.85 ± 64.01 µmhos/cm แอมโมเนีย 15.47 ± 5.83 mg/l ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) 30.19 ± 10.46 mg/l และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) 2.28 ± 0.39 mg/l และในน้ำทิ้งมีค่าความเป็นกรดด่าง (pH) 7.58 ± 0.20 การนำไฟฟ้า 581.33 ± 51.39 µmhos/cm แอมโมเนีย 11.85 ± 3.76 mg/l ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) 2.89 ± 1.91 mg/l และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) 4.80 ± 1.10 mg/l เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน พบว่า ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) การนำไฟฟ้า ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนแอมโมเนียมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้ง โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ความเป็นกรดด่าง (pH) แอมโมเนีย ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) มีค่า p-value < 0.05 ส่วนค่าการนำไฟฟ้ามีค่า p-value > 0.05 และประสิทธิภาพในการบำบัดความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) แอมโมเนียและการนำไฟฟ้า เท่ากับ 90.42 % 52.5 % 23.40 % และ 2.76 % ตามลำดับ

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, คุณภาพทางเคมี, ระบบบำบัดน้ำเสีย

Abstract

This research was survey research. The objectives are to study the chemical characteristics of the wastewater treatment system of the Namon Hospital, Kalasin province. The chemical quality of wastewater is compared with the standard value. The chemical quality of wastewater effluents and their influents are compared to determine the effectiveness of the wastewater treatment system. The samples were collected during September – October 2022.

The results showed that the wastewater parameters of pH, conductivity, ammonia, BOD, and DO were 6.99 ± 0.10, 597.85 ± 64.01 µmhos/cm, 15.47 ± 5.83 mg/l, 30.19 ± 10.46 mg/l and 2.28 ± 0.39 mg/l, respectively. The effluent parameters of pH, conductivity, ammonia, BOD, and DO were 7.58 0.20, 581.33 51.39 µmhos/cm, 11.85 ± 3.76 mg/l, 2.89 ± 1.91 mg/l, and 4.80 ± 1.10 mg/l, respectively. The effluent parameters of pH, conductivity, BOD, and DO were found to be in compliance with the standard, except for the ammonia parameter. The chemical quality of the wastewater and effluent is compared using the Paired Samples T-test at a significance level of 0.05. The study found that pH, ammonia, BOD and DO were $p < 0.05$ while conductivity was $p > 0.05$. The treatment efficiency of BOD, DO, ammonia and electrical conductivity was 90.42%, 52.5%, 23.40% and 2.76%, respectively.

Keywords : Efficiency, Chemical Water Quality, Wastewater Treatment System

[1] คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหามลพิษทางน้ำมักเกิดจากการระบายน้ำเสียจากอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ นับวันปัญหาเหล่านี้จะยิ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยแหล่งที่มาของมลพิษทางน้ำส่วนใหญ่มาจากน้ำเสียของแหล่งชุมชน (Domestic Wastewater) ซึ่งเกิดจากกิจกรรมประจำวันของประชาชน ได้แก่ น้ำเสียที่เกิดจากการประกอบอาหารและชำระล้างสิ่งสกปรกทั้งหลายภายในครัวเรือนและกิจกรรมที่เกิดจากการประกอบอาชีพ รวมถึงน้ำเสียจากอาคารประเภทต่าง ๆ เช่น อาคารบ้านเรือน หมู่บ้านจัดสรร ตลาดสด โรงพยาบาล เป็นต้น[1] ผลกระทบของมลพิษทางน้ำต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการปนเปื้อนของสารมลพิษลงสู่แหล่งน้ำที่ประชาชนใช้ในการอุปโภค บริโภคหรือใช้ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อสารมลพิษในน้ำเข้าสู่ร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งมลพิษทางน้ำเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การปล่อยน้ำเสียหรือของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม น้ำทิ้งชุมชน น้ำทิ้งจากกิจกรรมการเกษตร อุบัติเหตุที่รั่วไหลของสารเคมีและสารพิษสู่แหล่งน้ำ การเกิดปรากฏการณ์ยูโทรฟิเคชันและเกิดจากโรคระบาดในสัตว์น้ำ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของน้ำและผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนได้[2]

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดน้ำเสีย โดยอัตราการใช้น้ำมีประมาณ 800 ลิตรต่อเตียงต่อวัน ทางกฎหมายได้กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบบำบัดน้ำเสียและบำบัดให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน น้ำเสียจากโรงพยาบาลมีความสกปรกสูงกว่าน้ำเสียจากบ้านเรือน โดยมีทั้งน้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมการดำรงชีวิต และน้ำเสียจากผู้ป่วยที่มีจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ดังนั้นน้ำเสียที่เกิดจากทุกกิจกรรมภายในโรงพยาบาล จะต้องได้รับการบำบัด และผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อนระบายออกสู่สิ่งแวดล้อม[3] กองบริการสาธารณสุข (2564)[4] ได้อธิบายแหล่งที่มาของน้ำเสียในโรงพยาบาล ได้แก่ อาคารผู้ป่วย บ้านพักของเจ้าหน้าที่และสถานที่ทำการต่าง ๆ โรงซักฟอก โรงครัวและโรงอาหาร ห้องปฏิบัติการ น้ำเสียจากห้องผ่าตัด ห้องคลอดและห้องเก็บรักษาศพ ห้องจ่ายยาและห้องผลิตยา หน่วยล้างไต และสวนอื่น ๆ เช่น ร้านค้าสวัสดิการต่าง ๆ เป็นต้น กมลรัตน์ สุวรรณวัฒน์ (2023)[5] ได้รายงานถึงประเภทของระบบบำบัดน้ำเสียในสถานพยาบาลภาครัฐ (ข้อมูลที่ทำการสำรวจปี พ.ศ. 2563 – 2565) จำนวน 940 แห่ง พบว่า 1) ระบบตะกอนเร่ง (AS) ร้อยละ 29.7% 2) ระบบเอสบีอาร์ (SBR) ร้อยละ 16% 3) ระบบคลองวนเวียน (OD) ร้อยละ 14.3% 4) ระบบบึงประดิษฐ์ และ 5) ระบบบ่อกรองไร้อากาศ แต่ละระบบจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้งานของระบบบำบัดน้ำเสียมีอายุเกินกว่า 20 ปี สูงถึง 476 แห่ง มีเพียง 208 โรงพยาบาลเท่านั้นที่มีระบบบ่อบำบัดที่อายุการใช้งานน้อยกว่า 10 ปี และพบว่าความสามารถในการรองรับน้ำเสีย/สภาพโครงสร้างของระบบบำบัดน้ำเสีย ยังมีความเพียงพอจำนวน 58.7% และมีแนวโน้มเต็มพิกัด 10.4% และพบว่า Over load / ชำรุด คิดเป็น 12.7% ซึ่งข้อมูลนี้เป็นปัญหาทำให้การบำบัดน้ำเสียไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อสร้างตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีจำนวน 30 เตียง โดยมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง ต่อมาในปี พ.ศ.2552 ได้เปลี่ยนมาเป็นระบบบำบัดน้ำเสียแบบบึงประดิษฐ์แบบผสม โดยใช้กกเป็นพืชหลักในการบำบัดน้ำเสีย ซึ่งดัดแปลงจากระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ มีหน่วยบำบัด 5 หน่วย คือ 1) หน่วยบำบัดไร้อากาศ 2) หน่วยบำบัดเติมอากาศ 3) หน่วยบำบัดด้วยดิน (ทราย แกลบเผา) 4) หน่วยบำบัดด้วยพืช (ต้นกก) และ 5) หน่วยฆ่าเชื้อโรค[6] มีน้ำเข้าระบบบำบัดน้ำเสียในอัตรา 30 ลบ.ม/วัน งานวิจัยนี้จะศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้ง โดย

เปรียบเทียบคุณภาพน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐานและศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพของระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

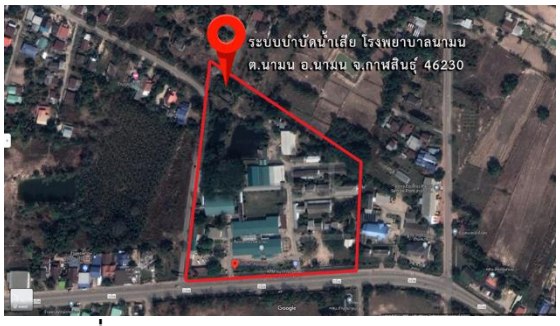
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์กับค่ามาตรฐาน
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

1. การกำหนดจุดเก็บตัวอย่าง

การเก็บตัวอย่างน้ำเสียและน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยทำการเก็บตัวอย่าง 2 จุด คือ จุดรวมรวบน้ำเสียและจุดระบายน้ำทิ้ง ด้วยวิธีเก็บแบบจ้วง ทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งละ 3 ตัวอย่าง ในช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2565



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายทางอากาศของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน[7]

2. การวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมี

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมี

พารามิเตอร์	เครื่องมือ/วิธี
ความเป็นกรดด่าง (pH)	เครื่อง Multi meter ยี่ห้อ HACH รุ่น HQ40D โพรบ pH รุ่น PHC101[8]
การนำไฟฟ้า (Conductivity)	เครื่อง Multi meter ยี่ห้อ HACH รุ่น HQ40D โพรบการนำไฟฟ้า รุ่น CDC401[8]
แอมโมเนีย (NH_3)	เครื่องวัดปริมาณแอมโมเนียโฟโตมิเตอร์ ยี่ห้อ Hanna รุ่น Hi96733C[8]
ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD)	วิธี Azide Modification[8]
ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO)	เครื่อง Multi meter ยี่ห้อ HACH รุ่น HQ40D โพรบ LDO รุ่น LDO101[8]

2. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณภาพน้ำทางเคมีพารามิเตอร์ต่าง ๆ ในน้ำเสียและน้ำทิ้งในระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้สถิติ Paired Sample t-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่ออธิบายการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีพารามิเตอร์ต่าง ๆ ในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สูตรคำนวณประสิทธิภาพบำบัดน้ำเสีย

1) สูตรคำนวณประสิทธิภาพบำบัดน้ำเสีย (ยกเว้น DO)[9]

$$\text{ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย (\%)} = \frac{(A - B) \times 100}{A}$$

2) สูตรคำนวณประสิทธิภาพบำบัดน้ำเสียของปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO)[9]

$$\text{ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย (\%)} = \frac{(B - A) \times 100}{B}$$

A = คุณภาพน้ำในน้ำเสีย

B = คุณภาพน้ำในน้ำทิ้ง

ผลการวิจัย

1. คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้ง ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพน้ำทางเคมีของน้ำเสียและน้ำทิ้ง

พารามิเตอร์	น้ำเสีย	น้ำทิ้ง
ความเป็นกรดด่าง (pH)	6.99 ± 0.10	7.58 ± 0.20
การนำไฟฟ้า (Conductivity) (µmhos/cm)	597.85 ± 64.01	581.33 ± 51.39
แอมโมเนีย (NH_3) (mg/l)	15.47 ± 5.83	11.85 ± 3.76
ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) (mg/l)	30.19 ± 10.46	2.89 ± 1.91
ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) (mg/l)	2.28 ± 0.39	4.80 ± 1.10

ความเป็นกรดด่างในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย เท่ากับ 6.99 ± 0.10 และ 7.58 ± 0.20 ตามลำดับ

การนำไฟฟ้าในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย เท่ากับ 597.85 ± 64.01 µmhos/cm และ 581.33 ± 51.39 µmhos/cm ตามลำดับ

แอมโมเนียในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย เท่ากับ 15.47 ± 5.83 mg/l และ 11.85 ± 3.76 mg/l ตามลำดับ

ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย เท่ากับ 30.19 ± 10.46 mg/l และ 2.89 ± 1.91 mg/l ตามลำดับ ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย เท่ากับ 2.28 ± 0.39 mg/l และ 4.80 ± 1.10 mg/l ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน ผลการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กับค่ามาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

พารามิเตอร์	ค่าเฉลี่ย	ค่ามาตรฐาน
ความเป็นกรดด่าง (pH)	7.58 ± 0.20	5 – 9 *
การนำไฟฟ้า (Conductivity) (µmhos/cm)	581.33 ± 51.39	ไม่เกิน 2,000 µmhos/cm **
แอมโมเนีย (NH_3) (mg/l)	11.85 ± 3.76	ไม่เกิน 0.5 mg/l ***
ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) (mg/l)	2.89 ± 1.91	ไม่เกิน 20 mg/l *
ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) (mg/l)	4.80 ± 1.10	ไม่น้อยกว่า 2 mg/l **

หมายเหตุ

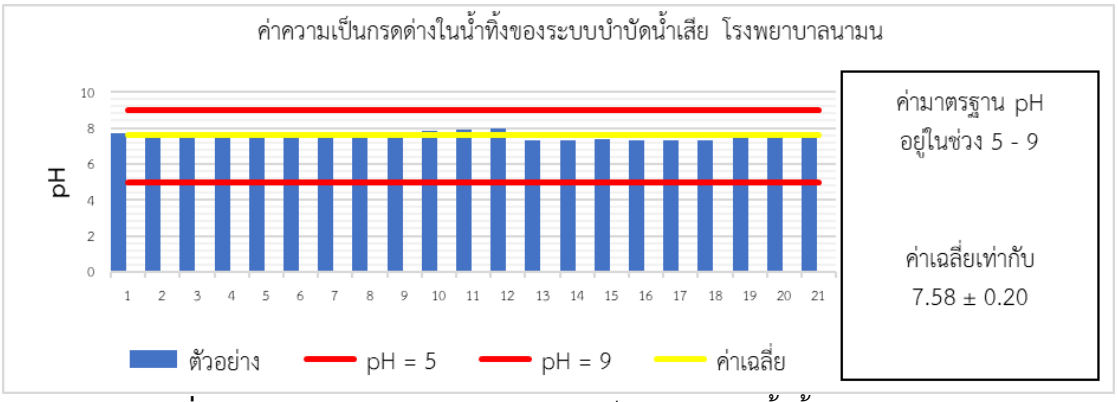
* ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด (ประเภท ก) ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 122 ตอนที่ 125 ง วันที่ 29 ธันวาคม 2548[10]

** ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2537 เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำด้านการชลประทานในอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และทางน้ำชลประทาน[11]

***ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2537 ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน (ประเภทที่ 3) ลงวันที่ 20 มกราคม 2537 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111 ตอนที่ 16 ง ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2537[12]

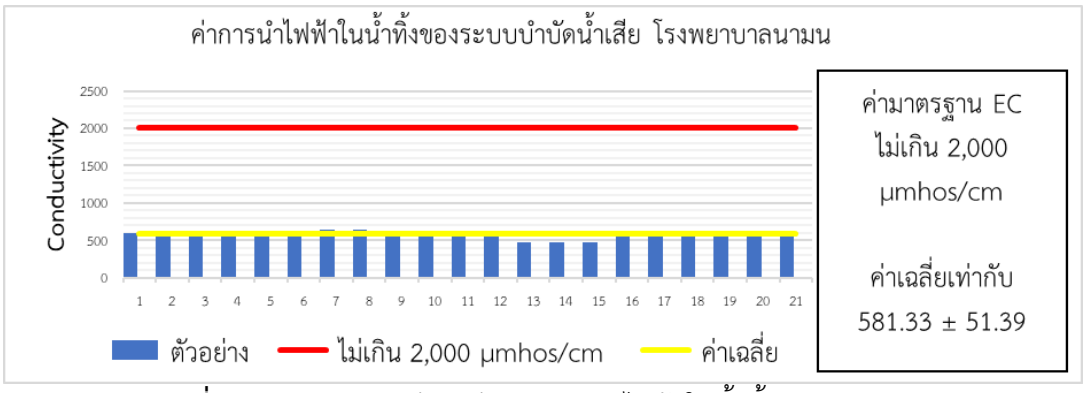
ค่าความเป็นกรดด่างในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.58 ± 0.20 ซึ่งค่ามาตรฐาน

ควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ประเภท ก. ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2548 ต้องมีค่า 5 - 9 พบว่า ค่าความเป็นกรดด่างในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน[10]



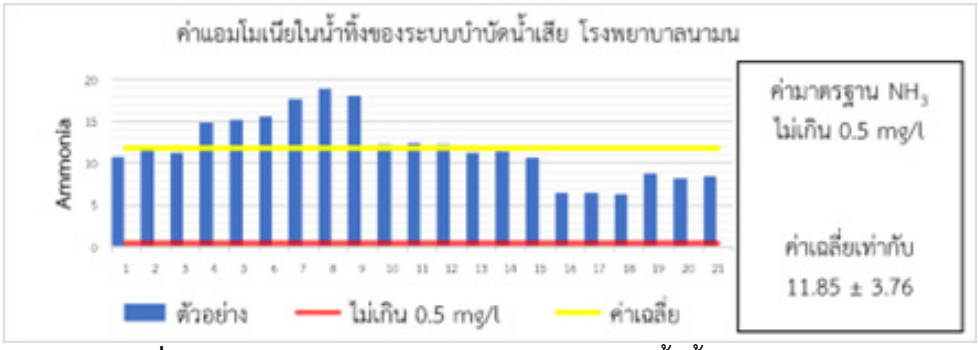
ภาพที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความเป็นกรดด่างในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

ค่าการนำไฟฟ้าในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 581.33 ± 51.39 µmhos/cm ซึ่งค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำด้านการชลประทานในอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และทางน้ำชลประทาน ของกรมชลประทาน ต้องมีค่าไม่เกิน 2,000 µmhos/cm พบว่า ค่าการนำไฟฟ้าในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน[11]



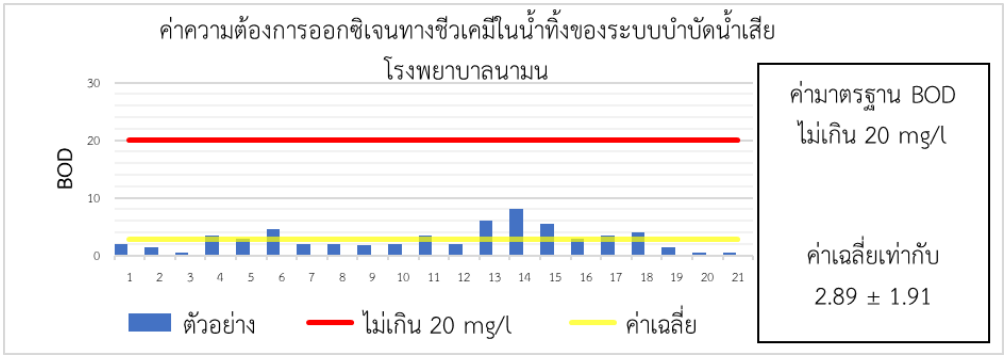
ภาพที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าการนำไฟฟ้าในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

ค่าแอมโมเนียในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.85 ± 3.76 mg/l ซึ่งค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน ของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2537 ต้องมีค่าไม่เกิน 0.5 mg/l พบว่า ค่าแอมโมเนียในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย มีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[12]



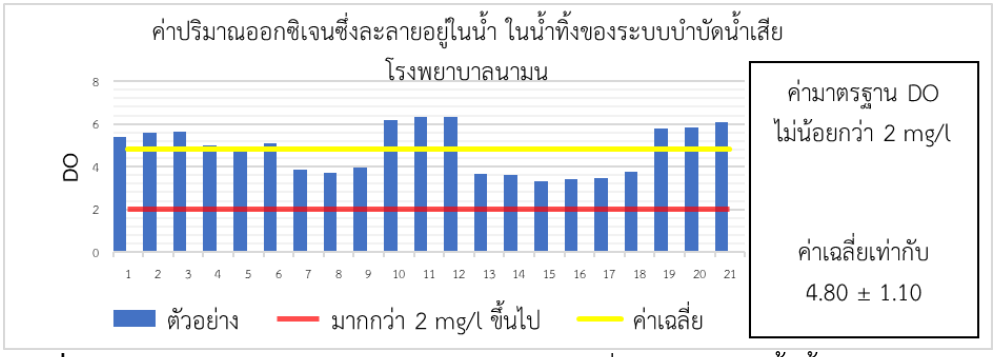
ภาพที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าแอมโมเนียในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

ค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ± 1.91 mg/l ซึ่งค่ามาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ประเภท ก. ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2548 ต้องมีค่าไม่เกิน 20 mg/l พบว่า ค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน[10]



ภาพที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

ค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 ± 1.10 mg/l ซึ่งค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำด้านการชลประทานในอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และทางน้ำชลประทาน ของกรมชลประทาน ต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 2 mg/l พบว่า ค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน[11]



ภาพที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้ง

การเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ Pair Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบค่าความเป็นกรดด่างในน้ำเสียและน้ำทิ้ง

น้ำเสีย – น้ำทิ้ง	Paired Samples T-test		
	T	df	p-value
ความเป็นกรดด่าง (pH)	-13.16	20	0.000*
การนำไฟฟ้า (Conductivity)	1.491	20	0.152
แอมโมเนีย (NH_3)	3.949	20	0.001*
ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD)	12.473	20	0.000*
ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO)	-8.452	20	0.000*

หมายเหตุ * มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าความเป็นกรดด่างในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า p-value เท่ากับ 0.000 ซึ่งหมายความว่า ค่าความเป็นกรดด่างในน้ำเสียมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 6.99 ± 0.10 และค่าความเป็นกรดด่างน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.58 ± 0.20 มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าความเป็นกรดด่างในน้ำทิ้งมีค่ามากกว่าในน้ำเสีย แสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสียทำให้ค่า pH ของน้ำสูงขึ้น

ผลการเปรียบเทียบค่าการนำไฟฟ้าในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า p-value เท่ากับ 0.152 ซึ่งหมายความว่า ค่าการนำไฟฟ้าในน้ำเสียมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 597.85 ± 64.01 µmhos/cm และค่าการนำไฟฟ้าน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 581.33 ± 51.39 µmhos/cm มีค่าไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดค่าการนำไฟฟ้า เนื่องจากหน่วยสุดท้ายของการบำบัด คือ หน่วยฆ่าเชื้อด้วยคลอรีน ซึ่งคลอรีนจะทำให้ค่าการนำไฟฟ้าของน้ำมีค่าเพิ่มขึ้น (น้ำคลอรีนที่ใช้ในการฆ่าเชื้อของโรงพยาบาลนามน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3,436.66 µmhos/cm)

ผลการเปรียบเทียบค่าแอมโมเนียในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า p-value เท่ากับ 0.001 ซึ่งหมายความว่า ค่าแอมโมเนียในน้ำเสียมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 15.47 ± 5.83 mg/l และค่าแอมโมเนียน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.85 ± 3.76 mg/l มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าแอมโมเนียในน้ำเสียมีค่ามากกว่าในน้ำทิ้ง แสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสียเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถช่วยลดค่าแอมโมเนียในน้ำเสียได้

ผลการเปรียบเทียบค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำ พบว่า p-value เท่ากับ 0.000 ซึ่งหมายความว่า ค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 30.19 ± 10.46 mg/l และค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.89 ± 1.91 mg/l มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียมีค่ามากกว่าในน้ำทิ้ง แสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถช่วยลดค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียได้

ผลการเปรียบเทียบค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำ พบว่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งหมายความว่า ค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำเสียมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.28 ± 0.39 mg/l และค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.80 ± 1.10 mg/l มีค่าแตกต่างกัน โดยค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำทิ้งมีค่า

มากกว่าในน้ำเสีย แสดงให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถช่วยเพิ่มค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำเสียได้

4. ประสิทธิภาพการบำบัดคุณภาพทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสีย

ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดคุณภาพทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพการบำบัดคุณภาพทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสีย

พารามิเตอร์	น้ำเสีย	น้ำทิ้ง	ประสิทธิภาพ
การนำไฟฟ้า (Conductivity) (µmhos/cm)	597.85 ± 64.01	581.33 ± 51.39	2.76 %
แอมโมเนีย (NH_3) (mg/l)	15.47 ± 5.83	11.85 ± 3.76	23.40 %
ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (BOD) (mg/l)	30.19 ± 10.46	2.89 ± 1.91	90.42 %
ปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ (DO) (mg/l)	2.28 ± 0.39	4.80 ± 1.10	52.5 %

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการบำบัดค่าการนำไฟฟ้า เท่ากับ 2.76 % ค่าแอมโมเนีย เท่ากับ 23.40 % ค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี เท่ากับ 90.42 % และค่าปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ เท่ากับ 52.5 %

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความเป็นกรดด่าง 6.99 การนำไฟฟ้า 597.85 µmhos/cm แอมโมเนีย 15.47 mg/l ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี 30.19 mg/l และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ 2.28 mg/l คุณภาพน้ำทางเคมีของน้ำเสียจากโรงพยาบาลเกิดขึ้นจากกิจกรรมในการใช้น้ำและการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล[4] ซึ่งฝ่ายคุณภาพสิ่งแวดล้อมและห้องปฏิบัติการ (2559)[3] ได้อธิบายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลก่อให้เกิดน้ำเสียและของเสียจากการให้บริการรักษา น้ำเสียจะมาจากสถานที่ตรวจผู้ป่วยนอก สถานที่ตรวจผู้ป่วยใน โรงซักผ้า โรงครัวและห้องอาหาร ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและห้องเก็บศพ ห้องปฏิบัติการ ห้องยา อาคารบ้านพักภายในโรงพยาบาลและอาคารสถานที่ทำการต่าง ๆ ซึ่งน้ำเสียจากโรงพยาบาลมีลักษณะคล้ายกับน้ำเสียจากบ้านเรือน มีการปนเปื้อนของสารอินทรีย์และอาจมีสารอันตรายได้แก่ จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ยาที่มีองค์ประกอบที่เป็นอันตราย สารเคมีฆ่าเชื้อโรคและสารกัมมันตรังสี โดยน้ำเสียจากโรงพยาบาลจะมีค่าเฉลี่ยของความเป็นกรดด่าง เท่ากับ 7.36 และค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี เท่ากับ 282 mg/l และผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความเป็นกรดด่าง 7.58 การนำไฟฟ้า 581.33 µmhos/cm แอมโมเนีย 11.85 mg/l ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี 2.89 mg/l และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ 4.80 mg/l สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาคุณภาพน้ำจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล[13, 14] ซึ่งความสามารถของระบบบำบัดน้ำเสียแบบบึงประดิษฐ์เป็นระบบที่อาศัยกระบวนการทางธรรมชาติในการบำบัดมลพิษที่ปนเปื้อนในน้ำ ทั้งกระบวนการทางกายภาพ เคมีและชีววิทยา โดยกระบวนการทางชีววิทยาจะอาศัยพืชและจุลินทรีย์ในการบำบัดมลพิษ พืชที่ใช้ต้องสามารถเจริญเติบโตได้ดีในน้ำเสียชนิดนั้น พืชเหล่านั้นจะใช้สารมลพิษปนเปื้อนในน้ำเสียเป็นสารอาหารและเพิ่มออกซิเจนในน้ำเสียโดยการส่งออกซิเจนจากอากาศผ่านทางปากใบของพืชไปยังรากพืชลงสู่ดินและน้ำ ส่วนจุลินทรีย์ที่อยู่ในระบบบำบัดน้ำเสียจะ

ย่อยสลายสารมลพิษปนเปื้อนในน้ำเสีย ทำให้คุณภาพน้ำทางเคมีของน้ำเสียมีคุณภาพที่ดีขึ้น[15] และบึงประดิษฐ์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดแล้วหรือบำบัดน้ำเสียที่มีคา BOD ไม่สูงมาก[4]

เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน พบว่า ค่าความเป็นกรดด่าง การนำไฟฟ้า ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีและปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนค่าแอมโมเนีย พบว่า มีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งการกำจัดไนโตรเจน (Nitrogen) ของระบบบำบัดน้ำเสียเกิดจากปฏิกิริยาไนทริฟิเคชัน (Nitrification) และปฏิกิริยาดีไนทริฟิเคชัน (Denitrification) เป็นกระบวนการทางชีววิทยาโดยอาศัยพืชและจุลินทรีย์[15] ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัย พบว่า ทางโรงพยาบาลมีการตัดต้นกก (*Cyperus flabelliformis* Rottb.) ในหน่วยบำบัดด้วยพืชจึงส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกำจัดแอมโมเนียลดลง จึงทำให้มีค่าแอมโมเนียในน้ำทิ้งในปริมาณที่สูง

การเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทางเคมีในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ความเป็นกรดด่าง แอมโมเนีย ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีและปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ มีค่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.000, 0.001, 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพน้ำทางเคมีของน้ำเสียมีความแตกต่างกับคุณภาพน้ำทางเคมีของน้ำทิ้ง โดยค่าความเป็นกรดด่างและปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำในน้ำเสียมีค่าน้อยกว่าน้ำทิ้ง และค่าแอมโมเนียและความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมีในน้ำเสียมีค่ามากกว่าน้ำทิ้ง ส่วนการนำไฟฟ้า มีค่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.152 แสดงให้เห็นว่าค่าการนำไฟฟ้าในน้ำเสีย (597.85 µmhos/cm) และน้ำทิ้ง (581.33 µmhos/cm) มีค่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากหน่วยสุดท้ายของการบำบัด คือ หน่วยฆ่าเชื้อด้วยคลอรีน ซึ่งคลอรีนจะทำให้ค่าการนำไฟฟ้าของน้ำทิ้งมีค่าเพิ่มขึ้น โดยระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลนามน มีประสิทธิภาพในการบำบัดค่าการนำไฟฟ้า เท่ากับ 2.76 % ค่าแอมโมเนีย เท่ากับ 23.40 % ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี เท่ากับ 90.42 % และปริมาณออกซิเจนซึ่งละลายอยู่ในน้ำ เท่ากับ 52.5 % ซึ่งฝ่ายคุณภาพสิ่งแวดล้อมและห้องปฏิบัติการ (2559)[3] ได้อธิบายถึงประสิทธิภาพของระบบแอคทิเวทเต็ดสลัดจ์ ในการบำบัดค่าความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี BOD เท่ากับ 80 – 95 % และแอมโมเนีย – ไนโตรเจน เท่ากับ 8 – 15 % และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล[16, 17, 18]

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในน้ำทิ้งยังมีค่าแอมโมเนียที่สูงอยู่ควรที่จะหาแนวทางในการบำบัดแอมโมเนียในน้ำทิ้งโดยการควบคุมต้นพืชให้มีปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้บำบัดน้ำเสีย

2. ควรสูบกากตะกอนออกจากหน่วยบำบัดไร้อากาศอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความเสถียรภาพในการบำบัดน้ำเสีย

3. ควรมีการศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีและพารามิเตอร์อื่น ๆ ของหน่วยบำบัดต่าง ๆ ในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามน

4. ควรมีการเปลี่ยนดินในหน่วยบำบัดด้วยดินและหน่วยบำบัดด้วยพืชเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการสะสมของกากตะกอน

5. ควรตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้งเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักจัดการคุณภาพน้ำ. คู่มือระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2560.
2. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. มลพิษทางน้ำและผลกระทบต่อสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. ฝ่ายคุณภาพสิ่งแวดล้อมและห้องปฏิบัติการ. คู่มือการจัดการน้ำเสียจากอาคารประเภทโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2559.
4. กองบริการสาธารณสุข. คู่มือการควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2564.
5.กมลรัตน์ สุวรรณวัฒน์. 2023. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลคุณภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. 2023 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2567] เข้าถึงจาก: การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลคุณภาพ - QualityTheStory
6. อนุรักษ์ ปิ่นทอง และทศพร ภูวันผา. ประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(4):48 – 52.
7. ภาพถ่ายทางอากาศของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://www.google.com/maps
8. อนุรักษ์ ปิ่นทอง. มลพิษทางน้ำ. กาฬสินธุ์: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2564.
9. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. ระบบบำบัดมลพิษน้ำ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมโรงงานอุตสาหกรรม; 2554.
10. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด (ประเภท ก) ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 122 ตอนที่ 125 ง วันที่ 29 ธันวาคม 2548
11. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2537 เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำด้านการชลประทานในอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และทางน้ำชลประทาน
12. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2537 ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน (ประเภทที่ 3) ลงวันที่ 20 มกราคม 2537 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111 ตอนที่ 16 ง ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2537
13. กนกพรรณ ยอดนิล, จักกฤต แก้วแต้ม และศศิธารา เอื้อเฉลิมกุล. การศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งและประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. ปริญญานิพนธ์วิศกรรมศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร: 2554.
14. พลอยไพริน นวนนุกูล, สายัณห์ แก้วบุญเรือง และทวินันท์ หาญประเสริฐ. ประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสีย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 4(1):70 – 80.
15. สันทัด ศิริอนันต์ไพบูลย์ แทนตา จันทร์วุ่น และเปี่ยมศักดิ์ เมนะเศวต. บึงประดิษฐ์กับการบำบัดน้ำเสีย. วารสารราชบัณฑิตยสถาน. 2556; 38(3):1 – 19.
16.จิตพิสุทธิ์ สุภา, กาญจนา ยิ่งสุข และใหม่ หาญเชิงค้า. การศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียและคุณภาพน้ำทิ้งของโรงพยาบาลพิจิตร. ปริญญานิพนธ์วิศกรรมศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร: 2554.
17. งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลุ่มมาตรฐานและประเมินเทคโนโลยี กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่งในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ภาคใต้ระหว่างระบบบำบัดน้ำเสียแบบก่อสร้างเองกับระบบบำบัดนำเสียแบบถุงสำเร็จรูป. วารสารวิศวกรรมการแพทย์ กองวิศวกรรมการแพทย์ ประจำปี 2558:52 – 55.
18. อรรคพล ภูผาจิตต์. แนวทางการนำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลคำม่วง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2561; 3(2):46 – 54.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly People at Muang Phai Community Health Center, Banphai Hospital Network, Khon Kaen Province

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ปรานี แสงคำ[1]
PRANEE SAENGKUM[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณณา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ จำนวน 208 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากรและสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วย p-value, Pearson's Correlation Coefficient และการหาค่าความชุก

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 37 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (r = .135, .116, .125, .375 และ .203 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ (r = .128, .297, .258, .115 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย (r = .275) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ , ภาวะสมองเสื่อม , ความชุก

Abstract

A Descriptive Study on the Prevalence and Factors Associated with Dementia Among the Elderly in the Ban Phai Urban Community Health Center, Khon Kaen Province This study is a descriptive research aimed at investigating the prevalence and factors associated with dementia among the elderly in the Ban Phai Urban Community Health Center under the Ban Phai Hospital Network, Khon Kaen Province. The sample consisted of 208 elderly individuals residing within the center's service area, selected using stratified random sampling. The research tools included the Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) from the Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, and structured interviews. The interviews covered demographic and social factors, family relationships, participation in social activities, health conditions, and health behavior factors. Data analysis was performed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values, and inferential statistics to analyze relationships between factors and dementia risk using p-value, Pearson’s correlation coefficient, and prevalence estimation.

Results: The study revealed that 37% of the sample had a risk of dementia. Factors significantly associated with dementia among the elderly included: Demographic and Social Factors: Age, marital status, education level,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

occupation, and income (r = .135, .116, .125, .375, and .203, respectively).Health Condition Factors: Presence of chronic diseases, hearing ability, vision ability, and history of head injury (r = .128, .297, .258, and .115, respectively).Health Behavior Factors: Exercise (r = .275).All relationships were statistically significant.

Keywords: Elderly, Dementia, Prevalence

บทนำ

ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Age Society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และคาดว่าในปี พ.ศ.2574 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28[1] จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยประจำปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของ ประชากรไทยทั้งหมด และจากแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นั้น ทำให้กลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเสื่อมตามวัยทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต[1] ในขณะที่สถานการณ์ประชากรของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 375,753 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย[3]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วโลก ชี้ให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลจาก Alzheimer's Disease International รายงานว่า ใน พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบ 50 ล้านคน[4] ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และคาดว่าจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ใน ค.ศ. 2050 ปัจจุบันโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ[5] และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม จากสถิติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในปี 2565 มีจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งประเทศ และพบว่ามีจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน[6] โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป[7]

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่างๆ ถือเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ[8] มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในด้านการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติ ด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น[9]

ในปัจจุบันนี้ การวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาแพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาระในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว การมีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการยืนยันว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucca U และคณะ[12] ที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตาม

อายุที่เพิ่มขึ้น และจุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ[13] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการศึกษาของ ไอรดา สายปัญญา[1] พบว่า อายุ การศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้เหตุปัจจัยที่มาส่งเสริม หากสมองเลิกใช้ความคิดหรือได้รับการกระทบกระเทือนก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้นนอกจากนี้ปัจจัยในด้านอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ น้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดสารอาหาร การขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะดื้ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ อุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคซึมศร้า[2] สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤบดินทร์ รอดปั้น และคณะ[9] พบว่า โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และ วิลาสินี สุราวรรณ์[14] พบว่า ระดับการศึกษา โรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ นาเดียร์ มะนิ และคณะ[15] ยังพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) นั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เช่นกัน และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ[16]พบว่า ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการนอนหลับ ก็ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 909 คน โดยในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ **ยังไม่มีการตรวจคัด**กรองสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย เนื่องจากผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมทุกปี ในรายที่ไม่พบภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับการฟื้นฟูสมองเพื่อป้องกันตลอดจนการชะลอภาวะสมองเสื่อม สำหรับในรายที่พบภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งไม่ได้ผิดปกติต่อความจำเท่านั้น ยังพบว่า มีปัญหาในด้านพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ก่อให้เกิดความลำบากในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[17]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยผลการวิจัย ครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านภาวะสมองเสื่อม และนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ทำการศึกษาตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 20 พฤศจิกายน 2567

ประชากร ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ โดยคำนวณจากสูตรการประเมินค่า สัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 เพื่อป้องกันการสูญหายของ

ข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% จำนวน 208 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 3) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์และทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (MMSE2000) ได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) หากผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มี smart phone แต่ต้องการตอบแบบสอบถาม สามารถให้อาสาสมัคร ที่มี smart phone เป็นผู้สอบถามแทนและลงข้อมูลให้ได้ 6) กรณีสุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี สามารถ ให้ผู้ดูแลช่วยในการตอบคำถามได้

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) 1) มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถพูดได้ หรือไม่ได้ยินเสียง 2) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือมีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ไอรดา สายปัญญา (2565) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านประชากรและสังคม

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีข้อคำถาม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Family relation scale)

โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ไอรดา สายปัญญา[1] โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งข้อความเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 2 อันดับ คือ "ใช่" "ไม่ใช่"

ถ้าข้อความที่มีความหมายทางบวก
ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 1 คะแนน
ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 0 คะแนน
ถ้าข้อความที่มีความหมายทางลบ
ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 0 คะแนน
ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 1 คะแนน

จัดระดับสัมพันธภาพในครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ Khazanie[18]

การจัดระดับสัมพันธภาพเป็น 3 ระดับ คือ
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 4 6
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 7-10

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ไอรดา สายปัญญา[1] โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรฐานส่วนประเมินค่า 3 อันดับ คือ "เป็นประจำ" "บางครั้ง" "ไม่เคย" ความหมายของคำตอบเป็นดังนี้ ถ้าตอบในช่อง "เป็นประจำ" ให้ 2 คะแนน ถ้าตอบในช่อง "บางครั้ง" ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบในช่อง "ไม่เคย" ให้ 0 คะแนน

จัดระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ Khazanie[18]การจัดระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 4-6 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 7-10

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

4.1 ดัชนีมวลกาย โดยสอบถามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้สูงอายุ การแปลผล มี 2 แบบ คือ ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 1 คะแนน ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 0 คะแนน

4.2 การมีโรคประจำตัว มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ มี และ ไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มี เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรค มี เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง มีโรค

4.3 ความสามารถในการได้ยิน มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ได้ยินชัดเจน ได้ยินไม่ชัดเจน และไม่ได้ยิน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ได้ยิน เท่ากับ 2 คะแนน ได้ยินไม่ชัดเจน เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ยินเท่ากับ 0 คะแนน

4.4 ความสามารถในการมองเห็น มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ มองเห็นชัดเจน มองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว และมองไม่เห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มองเห็นชัดเจน เท่ากับ 2 คะแนน มองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว เท่ากับ 1 คะแนน มองไม่เห็น เท่ากับ 0 คะแนน

4.5 ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ และไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ เท่ากับ 1 คะแนน เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีจำนวน 6 ข้อ

5.1 บริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร มีจำนวน 1ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ รับประทานครบ 5 หมู่ทุกวัน รับประทานครบ 5 หมู่ ในบางวัน รับประทานไม่ครบ 5 หมู่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ รับประทานครบ 5 หมู่ทุกวัน เท่ากับ 2 คะแนน รับประทานครบ 5 หมู่ในบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน รับประทานไม่ครบ 5 หมู่เลย เท่ากับ 0 คะแนน

5.2 การออกกำลังกาย มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ 2 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์และไม่ออกกำลังกาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 2 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ออกกำลังกาย เท่ากับ 0 คะแนน

5.3 การจัดการความเครียด มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ ทำและไม่ทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ทำ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ทำ เท่ากับ 0 คะแนน

5.4 การสูบบุหรี่ มีจำนวน 1 ข้อ ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ สูบทุกวัน สูบบางวัน เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และไม่เคยสูบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยสูบ เท่ากับ 3 คะแนน
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เท่ากับ 2 คะแนน สูบบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน สูบทุกวัน เท่ากับ 0 คะแนน

5.5 การดื่มสุรา มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ดื่มทุกวัน ดื่มบางวัน เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และไม่เคยดื่ม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยดื่ม เท่ากับ 3 คะแนน เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เท่ากับ 2 คะแนน ดื่มบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน ดื่มทุกวัน เท่ากับ 0 คะแนน

5.6 การตรวจสุขภาพประจำปี มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ตรวจทุกปี ตรวจบางปี และไม่เคยตรวจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตรวจทุกปี เท่ากับ 2 คะแนน ตรวจบางปีเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เคยตรวจ เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ 23 คะแนน หากผู้สูงอายุได้ระดับคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่า มี

ภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์คะแนน ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน < 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนน < 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน < 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ประสาทวิทยาและจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ประเมินความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา รวมถึงการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ในส่วนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน จึงมิได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อมั่น Reliability นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ efficiency ร้อยละ 92.4

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 20 พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ โดยใช้ Google from โดยผู้วิจัยจะอธิบายและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นข้อสงสัย จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และวิธีการเก็บ เครื่องมือแบบ Google form ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถทำได้เนื่องจากมีอาสาสมัคร(อสม.) ที่ผ่านการฝึกวิธีใช้แบบสอบถามที่ถูกต้อง และมี Smart phone ทุกคน โดยอาสาสมัครเป็นผู้ช่วยในการใช้แบบสอบถาม ผ่านทาง Google form

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยวิธี Bivariate analysis หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่กำหนด กับการมีภาวะสมองเสื่อมและ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ Chi-square และ Multivariable analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analyze) การหาค่าความชุก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้อัตราความชุกที่จุดเวลากำหนด (Point prevalence rate)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 037/2567

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 57.20 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 52.40 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.10 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.20 และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.90 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีระดับความสัมพันธภาพในครอบครัวระกับมาก ร้อยละ 90.90 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย ร้อยละ 48.10 มีภาวะสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 66.30 และปัจจัยด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 62.00

2. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 208 คน โดยใช้

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 37

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนี้

1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ($r = .135, .116, .125, .375$ และ $.203$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ($r = .128, .297, .258, .115$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย ($r = .275$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบความชุกร้อยละ 37 ซึ่งมีค่าสูงกว่าข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565 ที่พบว่ามีความชุกร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ[19] ในจังหวัดหนองบัวลำพู จากการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.7[1] ซึ่งตรงกันข้ามกับ ในจังหวัดเพชรบุรี ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.35[20] และ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.71[21] เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในละแต่ละพื้นที่ จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากบริบทของแต่ละจังหวัด หรือความแตกต่างจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างประชากร วิถีการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ตลอดจนสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแตกต่างกันไป

2. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี และตามทฤษฎีผู้สูงอายุ (Ageing theory) ปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเสื่อมถอยของการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง ซึ่งส่งผลให้เนื้อสมองหดตัวและขนาดของสมองเล็กลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อของร่างแหเซลล์ประสาท ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Aging Brain หรือสมองของผู้สูงอายุ[22] โดยงานวิจัยของ Prince et al. (2015) ได้ทำการยืนยันว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุเกิน 80 ปี นอกจากนี้ การศึกษาของ Ferri et al.[23] ได้ชี้ให้เห็นว่า ว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความชุกสูงในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอายุเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ สอดคล้องกับ ไอรดา สายปัญญา[1] , จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง[13]และแวววลี พลเยี่ยม[21] ที่ทำการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hakansson et al.[24] พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพ

สมรส โดยผู้ที่สมรสหรือมีคู่ครองมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่เป็นโสด หย่าร้าง หม้าย หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง มักมีการรับรู้ทางสมองที่ลดลง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส เช่น การสูญเสียคู่สมรส การเป็นหม้าย หรือการหย่าร้าง รวมถึงการใช้ชีวิตตามลำพัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในด้านการรู้คิด การเข้าใจเพื่อทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตลดลง และอาจเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้[25]

4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง ปัจจัยสำคัญที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้คือบทบาทของการศึกษาในการพัฒนาทักษะทางปัญญา เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการประมวลผลข้อมูล การศึกษาไม่เพียงแค่เพิ่มพูนความรู้เท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างความสามารถในการใช้สมองในรูปแบบที่ซับซ้อนและยืดหยุ่น ส่งผลให้เกิด "การสำรองทางปัญญา" (Cognitive Reserve) ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยปกป้องสมองจากการเสื่อมถอยตามวัยหรือผลกระทบจากโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อม การสำรองทางปัญญานี้ช่วยให้สมองสามารถปรับตัวและชดเชยความเสียหายได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถต้านทานหรือชะลอการแสดงอาการของภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า[26] และนอกจากนี้ การศึกษาของ แววลี พลเยี่ยม[21] ยังพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการประกอบอาชีพนั้น ส่งผลดีต่อการพัฒนาสมองและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การทำงานต้องอาศัยการคิดวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการแก้ปัญหาและการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ซับซ้อน กระบวนการเหล่านี้ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในด้านความคิดความจำ และการตัดสินใจ และการทำงานยังส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของความโดดเดี่ยวในสังคม ผู้ที่ประกอบอาชีพยังมีโอกาสเผชิญกับงานที่ท้าทายและซับซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพและความแข็งแรงของสมองในระยะยาว[27] นอกจากนี้ ไอรดา สายปัญญา[1] ได้ศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ ไม่พบภาวะสมองเสื่อมเลย

6. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากรายได้ที่ต่ำส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความยากลำบากในการเดินทางและขาดความช่วยเหลือจากผู้ดูแลส่งผลให้การรักษาล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนและลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นเพื่อลดผลกระทบเชิงลบดังกล่าว นอกจากนี้ Scazufca et al.[28] พบว่า โรคสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นในกลุ่มคนที่ไม่รู้หนังสือ คิดเป็นร้อยละร้อยละ 22

7. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคสมองเสื่อม อาจเนื่องมาจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือดและสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมองเสื่อมลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและการเรียนรู้[21] สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี ทุมสิงห์, กัญญา จันทร์พล, สดูดี กูห้องไลย[4] พบว่า โรคประจำมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้จาก

การศึกษาของ Biessels และ Despa[29] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดสมองและการสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์

8. ความสามารถในการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงต่อการสื่อสารและการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่การขาดการกระตุ้นสมองและการแยกตัวจากสังคม ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพจิตแต่ยังเร่งการเสื่อมของสมอง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการขาดปฏิสัมพันธ์และสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง[1]

9. ความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการมองเห็นที่ลดลงในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากสมองไม่ได้รับการกระตุ้นทางสายตาเพียงพอ ซึ่งอาจเร่งให้สมองเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ การมองเห็นที่ไม่ดีส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อความโดดเดี่ยว สุขภาพจิตที่แย่ลง เช่น ความเครียดและซึมเศร้า รวมถึงอาจเกี่ยวข้องกับโรคที่ส่งผลต่อระบบประสาท เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Rogers & Langa[29] ยังชี้ให้เห็นว่า การสูญเสียการมองเห็นสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ และ สุชาดา วงษ์มาลา[30] พบว่า การสูญเสียการมองเห็นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

10. ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในสมอง เช่น การสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์และโปรตีนเทา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคอัลไซเมอร์[31] นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่สมองยังอาจกระตุ้นกระบวนการอักเสบในระบบประสาท ซึ่งส่งผลให้เซลล์ประสาทถูกทำลายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม[32] สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleminger และคณะ[33] พบว่า ผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการบาดเจ็บนั้นรุนแรงหรือเกิดขึ้นหลายครั้ง

11. การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพสมองและลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเผชิญกับการเสื่อมถอยของสมองตามวัย การไม่ออกกำลังกายไม่เพียงแต่เพิ่มโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นถึง 2.95 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปยังสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ที่ส่งเสริมการทำงานของเซลล์ประสาท การขาดกิจกรรมทางกายทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้สมองได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสื่อมถอยของสมอง[34] นอกจากนี้การออกกำลังกายมีส่วนช่วยลดการสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์ ซึ่งเป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ การไม่ออกกำลังกายเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมของโปรตีนดังกล่าวในสมอง ทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลายเร็วขึ้น[35] สอดคล้องกับการศึกษาของ Erickson et al.[36] พบว่าการออกกำลังกายเพิ่มขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ซึ่งมีความสำคัญต่อความจำและการเรียนรู้ ผลการศึกษายืนยันว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การขยายขอบเขตตัวอย่างการศึกษา ศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ชนบทและเมืองใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความหลากหลายในข้อมูล

2. การใช้เครื่องมือที่หลากหลาย พิจารณาใช้แบบทดสอบหรือเครื่องมือเพิ่มเติมที่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมองเสื่อมได้ลึกซึ้ง เช่น การทดสอบความสามารถทางปัญญาแบบครบวงจร หรือการตรวจสมองผ่าน MRI

3. การวิเคราะห์เชิงลึก ใช้เทคนิคทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เช่น การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะสมองเสื่อม

4. การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย หรือการใช้ชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อสุขภาพสมอง

5. การพัฒนาแนวทางป้องกัน พัฒนานโยบายหรือโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพสายตา และการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง

6. การศึกษาแนวโน้มระยะยาว ออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามผล (Longitudinal Study) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างเดิม

7. การศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคม ศึกษาปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

8. การพัฒนาสื่อความรู้และการเผยแพร่ผลการวิจัย สร้างสื่อหรือโปรแกรมการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัย เพื่อกระตุ้นความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

9. ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัย นักการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลายในการวิเคราะห์และจัดการปัญหา

10. การนำผลการวิจัยไปใช้ นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในระดับนโยบาย เช่น การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด หรือการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ไอรดา สายปัญญา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(3), 376 – 386.
2. กัลยา มั่นล้วน และคณะ (2565). การเพิ่มความจำเหตุการณ์และลดระดับคอร์ ติซอลในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยใช้โปรแกรมการบริหารนิ้วมือร่วมกับดนตรีบำบัด.วารสารพยาบาลทหารบก, 23(3), 285-295.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ
4. ประภาศรี ทุมสิงห์, กัญญา จันทร์พล, สดุดี กู้ห้องไลย. (2566). สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 268 – 279.
5. World Health Organization. (2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Geneva
6. กรมการแพทย์. (2566). สังคมสูงวัย. https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302
7. ชลิต เชาว์วิไลย และคณะ (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(3), 8-15.
8. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(37), 392 – 398.
9. นฤบดินทร์ รอดปั้น และคณะ (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(2), 459 – 472.

10. อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(1), 272 – 287.
11. Griffiths, J., Thaikruea, L., Wongpakaran, N., & Munkhetvit, P. (2020). Prevalence of mild cognitiveimpairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 10(1), 38-45
12. Lucca, U., Garri, M., Recchia, A., Logroscino, G., Tiraboschi, P., Franceschi, M., . & Tettamanti, M. (2011). A population-based study of dementia in the oldest old: the Monzino 80-plus study. BMC neurology, 11(1), 54.
13. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 133 – 148.
14. วิลาสินี สุราวรรณ์. (2560). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(2), 58 – 69.
15. นาเดียร์ มะนิ และคณะ(2567). ปัจจัยเสียงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 2(1), 64 – 78.
16. รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 13(1), 56 – 64.
17. ชมนาด ศิริรัตน์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 35 – 47.
18. Khazanie, R. (1996). Statistics in a world of application (4th ed.). Harper Collin College Publishers.
19. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2566). กรมการแพทย์ห่วง "สังคมสูงวัย" พบ! ผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี.
20. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง. (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 133 – 148.
21. แวววลี พลเยี่ยม. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(3), 233 – 244.
22. Wahl, D, Solon-Biet, S. M., Coger, V. C, Fontana, L., Simpson, S. J, Le Contour, G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle dementia. Neurobiology of Disease, 130, e104481.
23. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. The Lancet, 366(9503), 2112–2117. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0
24. Hakansson, K., Rovio, S., Helkala, E. L., Vilska, A. R., Winblad, B., Soininen, H., et al. (2009). https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302
25. Fan, L. P., Sun, Y., Lee, H. J., Yang, S. C., Chen, T. F., Lin, K., Lin, C. C., et al. (2015). Marital status, lifestyle, and dementia: A nationwide survey in Taiwan. PLoS ONE, 10(9), 1–11..
26. Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. The Lancet Neurology, 11(11), 1006–1012.
27. พนม สุขจันทร์, กัษฟาร์ นิยมเดชา, ดีน ศรีชัยสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน
28. Rogers, M. A., & Langa, K. M. (2010). Untreated poor vision: A contributing factor to late-life dementia. American Journal of Epidemiology, 171(6), 728–735.
29. Biessels, G. J., & Despa, F. (2018). Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: Mechanisms and clinical implications. Nature Reviews Endocrinology, 14(10), 591–604.
30. สุชาดา วงษ์มาลา. (2561). ความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 10(2), 87–94.
31. Johnson, V. E., Stewart, W., & Smith, D. H. (2010). Traumatic brain injury and amyloid-β pathology: A link to Alzheimer's disease? Nature Reviews Neuroscience, 11(5), 361–370.

32. Loane, D. J., & Kumar, A. (2016). Microglia in the neuroinflammatory response after traumatic brain injury: Therapeutic targets beyond neuroinflammation. Brain Research, 1640, 61–73.
33. Fleminger, S., Oliver, D. L., Lovestone, S., Rabe-Hesketh, S., & Giora, A. (2003). Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease; The evidence 10 years on; A partial replication. JNeurol Neurosurg Psychiatry, 74, pp. 857-862.
34. Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. Psychological Science, 14(2), 125-130.
35. Cotman, C. W., & Berchtold, N. C. (2002). Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. Trends in Neurosciences, 25(6), 295-301.
36. Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ... & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(7), 3017-3022.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The prevalence and factors affecting the occurrence of stroke in the population of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

จักรี สาริกานนท์[1]
Jakree Sariganont[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ**ศึกษา**ความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ **ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้น** จำนวน 350 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างด้วย ไคสแควร์ และฟิสเชอร์ หาปัจจัยโดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 คน (17.71%) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ **เพศชาย** การ**สูบบุหรี่ ไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin Hct >45% Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะ AF การใช้ยา ASA ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

คำสำคัญ: ความชุก ปัจจัย โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This retrospective study aimed to investigate the prevalence of stroke and the factors influencing stroke occurrence among the population in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The study sample consisted of 350 individuals at risk for hypertension and those diagnosed with Stage 1 hypertension. Data were collected from medical records, and statistical analysis was performed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis to identify contributing factors.

The results showed that 62 patients (17.71%) were diagnosed with stroke. Statistically significant factors associated with the occurrence of stroke in Phra Nakhon Si Ayutthaya included male sex, smoking, never using statin (acetylsalicylic acid), hematocrit (Hct) >45%, triglyceride levels >150 mg/dl, HDL <40 mg/dl, and diastolic blood pressure (DBP) >90 mmHg. Other variables, such as age, alcohol consumption, atrial fibrillation (AF), and ASA use no statistical significance.

Keywords : Prevalence factors Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO)[1] ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและ

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

พันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย[2] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยปกติสมองจะมีเลือดมาเลี้ยง 50-55 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 12 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาทีเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการตายของเนื้อสมอง แต่มีศักยภาพที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ (ischemic penumbra) ถ้าได้รับการฟื้นฟูระบบไหลเวียนภายในสมอง แต่ถ้าปล่อยให้ภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงมากขึ้น พยาธิสภาพจะขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแครอทิด (carotid arteries) และหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) มักมีอาการมองภาพไม่ชัดของตาด้านเดียวกับรอยโรค แขนขาด้านตรงข้ามกับรอยโรคมีอาการอ่อนแรง ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป และการสื่อสารโดยการพูดผิดปกติไป ส่วนที่เหลือพบในหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองส่วนหลัง (posterior circulation) ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืน ลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้ หรือเดินเซ เป็นต้น[3,4]

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2564 ทั้งหมด 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจาก ข้อมูลในปีพ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 23,220 รายในปี พ.ศ. 2564 โดยคิดเป็นอัตราการเสีย ชีวิตอยู่ที่ 35.9/100,000 ประชากร และจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต[1,5]

จากสถิติปี พ.ศ. 2564-2565 ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,114 คน, 2,318 คน และ 2,513 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยาจำนวน 495 คน, 594 คน และ 610 คน ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.55, 12.5 และ 12.5 ตามลำดับ[6] จากปัญหาการเสียชีวิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลจึงเป็นที่มาและเหตุผลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการทราบและเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 4,975 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 4) มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณทราบประชากร ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว Hct, Hb, Cholesterol, Triglycerides, LDL, HDL, FBS, ระดับความดันโลหิต (SBP, DBP)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การผ่าตัด สถานะการจำหน่าย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.90 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจงนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงคราวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) คราวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
เพศ			
ชาย	35 (56.45)	101 (35.07)	0.002
หญิง	27 (43.55)	187 (64.93)	
กลุ่มผู้ป่วย			

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	48 (77.42)	258 (89.58)	
กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง	14 (22.58)	30 (10.42)	
อายุ			
น้อยกว่า 50 ปี	11 (17.74)	53 (18.40)	0.005
50-60 ปี	10 (16.13)	87 (30.21)	
61-70 ปี	14 (22.58)	87 (30.21)	
71-80 ปี	16 (25.81)	35 (12.15)	
มากกว่า 80 ปี	11 (17.74)	26 (9.03)	
Mean ± SD	66.47 ± 14.04	60.82 ± 13.16	
สถานภาพสมรส			
โสด	14 (22.58)	84 (29.17)	0.476
คู่	47 (75.81)	193 (67.01)	
หม้าย	1 (1.61)	6 (2.08)	
หย่า/แยก	0 (0.00)	5 (1.74)	
อาชีพ			
เกษตรกร	0 (0.00)	9 (3.13)	0.004
รับจ้าง	38 (61.29)	205 (71.18)	
ค้าขาย	0 (0.00)	9 (3.13)	
รับราชการ	10 (16.13)	13 (4.51)	
ไม่มีอาชีพ	14 (22.58)	52 (18.06)	
สิทธิการรักษา			
บัตรทอง	37 (59.68)	217 (75.35)	0.061
ประกันสังคม	4 (6.45)	36 (12.50)	
ข้าราชการ/จ่ายตรง	20 (32.26)	32 (11.11)	
ชำระเงินเอง	1 (1.61)	3 (1.04)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	5 (8.06)	25 (8.68)	0.555
ความดันโลหิตสูง	14 (22.58)	30 (10.42)	0.011
โรคหัวใจ (AF)	4 (6.45)	3 (1.04)	0.021
COPD	2 (3.23)	10 (3.47)	0.640
วัณโรคปอด	3 (4.84)	1 (0.35)	0.019
ระดับ BMI กก./ม.^{2}			
Mean ± SD	26.39 ± 5.10	24.77 ± 4.93	0.025

*P<0.05

จากตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 คน (17.71%) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 35 คน (56.45%) ช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 16 คน (25.81%)

สถานภาพคู่จำนวน 47 คน (75.81%) อาชีพรับจ้างจำนวน 38 (61.29) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 14 คน (22.58) ระดับ BMI เฉลี่ย 26.39 กก./ม.^{2}ซึ่งกลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว และระดับ BMI

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
การสูบบุหรี่			
สูบ	4 (6.45)	2 (0.69)	0.010
ไม่สูบ	58 (93.55)	286 (99.31)	
การดื่มแอลกอฮอล์			
ดื่ม	7 (11.29)	12 (4.17)	0.034
ไม่ดื่ม	55 (88.71)	276 (95.83)	
การออกกำลังกาย			
ไม่เคย	39 (62.90)	124 (43.06)	0.184
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	6 (9.69)	42 (14.58)	
ออกกำลังกายบางครั้ง	17 (27.41)	122 (42.36)	

*P<0.05

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติการสูบบุหรี่ 4 คน (6.45%) ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 7 คน (11.29%) ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกายจำนวน 39 คน (62.90%) ซึ่งกลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้านการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลทางคลินิก	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว			
มี	4 (6.45)	6 (2.08)	0.081
ไม่มี	58 (93.55)	282 (97.92)	
การใช้ยาแอสไพริน (ASA)			
ใช้	22 (35.49)	168 (58.33)	0.003
ไม่ใช้	40 (64.51)	120 (41.67)	
การใช้ยา Simvastatin			
ใช้	11 (17.74)	87 (30.21)	0.031
ไม่ใช้	51 (82.26)	201 (69.79)	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
Hct	39.46±4.57	37.42±5.32	0.003

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลทางคลินิก	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
Cholesterol	187.14±38.61	171.41±35.68	0.004
Triglycerides	147.58±77.62	114.33±42.14	0.002
LDL	107.69±40.46	101.78±27.38	0.004
HDL	51.29±17.01	52.77±16.79	0.002
FBS	116.62±31.24	113.88±30.79	0.531
Systolic Blood Pressure	137.59±17.20	134.34±15.61	0.174
Diastolic Blood Pressure	83.71±14.55	78.50±13.63	0.012

*P<0.05

จากตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวจำนวน 4 คน (6.45%) มีประวัติการใช้ยาแอสไพริน 22 คน (17.74%) ใช้ยา Simvastatin จำนวน 11 คน (17.74%) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Diastolic Blood Pressure ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ยกเว้น ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ Systolic Blood Pressure

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N=62)

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
ตีบ	25	40.32
ตัน	7	11.30
แตก	30	48.38
การรักษา		
รักษาด้วยยา	40	64.52
การผ่าตัด	22	35.48
สถานะการจำหน่าย		
ทุเลา	52	83.87
เสียชีวิต	7	11.30
refer	3	4.83

จากตารางที่ 4 การรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชนิดแตก จำนวน 30 คน (48.38%) รักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 22 คน (35.48%) เสียชีวิต 7 คน (11.30%)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
เพศ				
ชาย	27 (43.55)	187 (64.93)	2.40 (1.34-4.19)	
หญิง	35 (56.45)	101 (35.07)	reference	0.002

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
อายุ				
>55 ปี	14 (22.58)	99 (34.38)	2.05 (1.05-3.97)	0.034
<55ปี	48 (77.42)	189 (65.63)	reference	
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
BMI >25 กก./ม.^{2}	28 (45.16)	166 (57.64)	1.54 (0.88-2.70)	0.127
BMI <25 กก./ม.^{2}	34 (54.84)	122 (42.36)	reference	
การสูบบุหรี่				
สูบ	4 (6.45)	2 (0.69)	0.12 (0.02-0.65)	0.015
ไม่สูบ	58 (93.55)	286 (99.31)	reference	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	7 (11.29)	12 (4.17)	0.29 (0.10-0.82)	0.020
ไม่ดื่ม	55 (88.71)	276 (95.83)	reference	
การออกกำลังกาย				
ไม่เคย	39 (62.90)	124 (43.06)	0.98 (0.43-1.08)	0.127
ออกกำลังกาย	23 (37.10)	164 (56.94)	reference	
โรคเบาหวาน				
ใช่	5 (8.06)	25 (8.68)	0.93 (0.33-2.66)	0.902
ไม่ใช่	57 (91.94)	263 (91.32)	reference	
โรคความดันโลหิตสูง				
ใช่	14 (22.58)	30 (10.42)	0.36 (0.17-0.75)	0.007
ไม่ใช่	48 (77.42)	258 (89.58)	reference	
โรคไขมันในเลือดสูง				
ใช่	12 (19.35)	69 (23.96)	0.52 (0.62-2.53)	0.517
ไม่ใช่	50 (80.65)	219 (76.04)	reference	
โรคหัวใจ (AF)				
ใช่	4 (6.45)	3 (1.04)	0.17 (0.38-0.80)	0.026
ไม่ใช่	58 (93.55)	285 (98.96)	reference	
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว				
มี	4 (6.45)	6 (2.08)	0.36 (0.97-1.36)	0.119
ไม่มี	58 (93.55)	282 (97.92)	reference	
การใช้ยาแอสไพริน (ASA)				
ไม่ใช้	32 (51.61)	168 (58.33)	1.92 (1.09-3.37)	0.023
ใช้	30 (48.39)	120 (41.67)	reference	
การใช้ยา Simvastatin				
ไม่ใช้	11 (17.74)	87 (30.21)	2.02 (1.01-4.09)	0.050
ใช้	51 (82.26)	201 (69.79)	reference	
Hct				
Hct >45%	53 (85.48)	265 (92.01)	2.37 (1.10-5.07)	0.027

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
Hct <45%	9 (14.52)	23 (7.99)	reference	
Cholesterol				
Cholesterol > 200 mg/dl	44 (70.97)	243 (84.38)	2.43 (1.27-4.67)	0.008
Cholesterol < 200 mg/dl	18 (29.03)	45 (15.62)	reference	
Triglyceride				
Triglyceride >150 mg/dl	42 (67.74)	250 (86.81)	3.24 (1.69-6.21)	0.000
Triglyceride <150 mg/dl	20 (32.26)	38 (13.19)	reference	
LDL				
LDL >100 mg/dl	29 (46.77)	128 (44.44)	0.61 (0.36-1.08)	0.090
LDL <100 mg/dl	33 (53.23)	160 (55.56)	reference	
HDL				
HDL <40 mg/dl	20 (32.26)	82 (28.47)	0.41 (0.23-0.72)	0.002
HDL >40 mg/dl	42 (67.74)	206 (71.53)	reference	
Systolic Blood Pressure				
SBP >140 mmHg	37 (59.68)	203 (70.49)	2.44 (1.38-4.30)	0.002
SBP <140 mmHg	25 (40.32)	85 (29.51)	reference	
Diastolic Blood Pressure				
DBP >90 mmHg	45 (72.58)	242 (84.03)	3.25 (1.77-5.95)	0.000
DBP <90 mmHg	17 (27.42)	46 (15.97)	reference	

*P<0.05

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อวิเคราะห์คราวละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (AF) การใช้ยาแอสไพริน (ASA) การใช้ยา Simvastatin ระดับ Hct Cholesterol Triglyceride HDL Systolic Blood Pressure Diastolic Blood Pressure

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	B	S.E.	wald	Exp(B)	95%CI	p-value
เพศชาย	0.67	0.32	4.26	1.96	1.03-3.71	0.039
การสูบบุหรี่	-2.87	0.95	9.21	1.06	1.09-4.36	0.002
ไม่เคยใช้ยา Simvastatin	0.72	0.32	4.84	2.06	1.08-3.91	0.028
Hct >45%	1.39	0.46	8.96	4.02	1.61-10.01	0.003
Triglyceride >150 mg/dl	1.37	0.37	13.03	3.92	1.87-8.27	0.000
HDL <40 mg/dl	-1.12	0.34	10.91	1.32	1.16-2.63	0.001
DBP >90 mmHg	1.03	0.35	8.76	2.81	1.41-5.56	0.003
ค่าคงที่	-1.89	0.63	8.90			0.003

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Nagelkerke R^2=0.274, Over percentage correct 85.6%)

จากตารางที่ 6 ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ ไม่เคยใช้ยา ASA Hct >45% Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17.71% ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์[7] พบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 24.5% วิทวัส ศิริยงค์[8] พบความชุกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ 8.46% โดยการศึกษาของสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ พบว่าความชุกค่อนข้างสูงในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคใต้ อาจเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความแตกต่างของพื้นที่

ปัจจัยเสี่ยงจากผลการศึกษานี้ พบว่า เพศชาย การสูบบุหรี่ การไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin Hct >45% Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายปัจจัยดังกล่าวได้ดังนี้

เพศชาย การสูบบุหรี่ จากการศึกษานี้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าในเพศหญิง 1.96 เท่า โดยเฉพาะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.06 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีเท่าเพศหญิง เช่น ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ cholesterol การลดระดับของ high density lipoprotein เพิ่มการหลั่งของ catecholamine และปริมาณของ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทาลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย บุหรี่ยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้เกือบสองเท่า เนื่องจากบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ทำให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะไฟบริโนเจนเพิ่มขึ้นทำให้โอกาสเกิดลิ่มเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ ยังมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและสารคาร์บอนมอนอกไซด์มีผลในการลดจำนวนออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ[9] เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าเพศหญิง 1.17 เท่า และแตกต่างจากการศึกษาของเจียมจิต แสงสุวรรณ[10] ที่พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิงและมีความแตกต่างกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของประเทศแคนาดาพบว่า ในผู้ป่วยเพศชายอายุมากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.06 เท่า Triglyceride >150 mg/dl เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3.92 เท่า HDL <40 mg/dl เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.32 เท่า ซึ่งการใช้ยา Simvastatin เป็นยาที่นำมาใช้ในการลดระดับคลอเรสเตอรอลชนิดไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในหลอดเลือด ในขณะเดียวกันก็จะเพิ่มระดับคลอเรสเตอรอลชนิดดีด้วย จากการศึกษาของหลายสถาบันมีการให้ยาในกลุ่มของ Statin ในผู้ป่วยที่มีระดับโคเรสเตอรอลระหว่าง 200-308 มก./ดล. และ LDL-C 115-174 มก./ดล. สามารถลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดได้ร้อยละ 24-35 โดยลด LDL-cholesterol ให้อยู่ต่ำกว่า 100 มก./ดล. นอกจากนี้ยังมีการยืนยันว่าการใช้ Statin ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของประเทศไทยและต่างประเทศ[11,12] ในการให้ยาลดระดับคอเลสเตอรอลมีประโยชน์และมีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (primary prevention) ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-75 ปีที่มีค่า low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) ตั้งแต่ 190 mg/dL ขึ้นไป หรือ ค่าอยู่ระหว่าง 70-190 mg/dL ร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ (atherosclerotic cardiovascular disease) ที่ระยะเวลา 10 ปีตั้งแต่ร้อยละ 7.5 ขึ้นไป

ระดับความดันโลหิต DBP >90 mmHg เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.81 เท่า เนื่องจากความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันอัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในแต่ละราย โดยความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตกได้ เนื่องจากทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือด จะหนาและแข็ง (atherosclerosis) และทำให้ Autoregulation ของสมองเปลี่ยนแปลงไปด้วย ระดับความดันโลหิตสูง จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การลดภาวะเครียด การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[13-15]

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการแก้ไขที่เสนอแนะจากผลการศึกษานี้ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด และการควบคุมระดับไขมันในเลือด ความอ้วน ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรณรงค์การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน อาหาร และการออกกำลังกาย การลดการสูบบุหรี่ ทางด้านการรักษาควรเริ่มใช้ยา Simvastatin ที่ระดับ LDL >130 mg/dl และควบคุมให้อยู่ในระดับ < 100 mg/dl

เอกสารอ้างอิง

1.World Health OrganizationHealth statistics and health information systems. Available at (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html). Accessed September 26; 2020.
2.กนกศรี สมินทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564; 37(3): 6-14.
3.อาคม อารยาวิชานนท์. โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซ็ท; 2556
4.มัญชุมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. 2019; 18 (1): 59-74.
5.Nilanont Y.,Nidhinandana S.,Suwanwela NC.,Hanchaiphiboolkul S.,et al.Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: A Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. J. Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23: 213-219.
6.งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนครศรอยุธยา. สถิติโรคไม่ติดต่อ 2564-2565. โรงพยาบาลพระนครศรอยุธยา.
7.เสกสรรค์ จวงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2558, 29(2),233-239
8.วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561, 32(1), 836-870.
9.มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในพื้นที่จังหวัดยโสธร. 2564. https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5.

10.เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2552, 4(3), 34-43.

11.Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the 72 J Thai Stroke Soc. 18 (1), 2019,231-245.

12.American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2021.

13.มัญชุมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. Volume 18 (1), 2019

14.Matthew P, et al. Sugar-and Artificially Sweetened Beverages and the Risks of Incident Stroke and Dementia A Prospective Cohort Study. American Heart Association/American Stroke Association Stroke. 2017, 48, 1-8

15.Areechokchai D, Vijitsoonthornkul K, Pongpan S, Maeakhian S. Population Attributable Fraction of Stroke Risk Factors in Thailand: Utilization of Non-communicable Disease Surveillance Systems. 2017,10(1),1- 6.

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Affecting Doing Research among the Personnel of Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

อภิชญา อารีเอื้อ[1]
Abhichaya Areeauey[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 180 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามการทำงานวิจัย และพฤติกรรมการทำงานวิจัย ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่าการทำงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า บุคลากรมีประสบการณ์การทำวิจัยร้อยละ 22.5 มีความสนใจทำงานวิจัย ร้อยละ 51.1 สนใจทำการวิจัยแบบกึ่งทดลองมากที่สุด ร้อยละ 45 มีความต้องการทำวิจัย ร้อยละ 45.52 และใช้งบประมาณส่วนตัว ร้อยละ 64.4 ด้านทัศนคติต่อการทำวิจัย ทักษะการทำวิจัย และลักษณะงานที่รับผิดชอบสามารถร่วมกันทำนายการทำงานวิจัยของบุคลากรได้ร้อยละ 11.80 (R2adj = 0.116 p<.05) โดยทัศนคติต่อการทำวิจัยมีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรสูงสุด (Beta= .555; p<.01) รองลงมา ได้แก่ ทักษะการทำวิจัย และลักษณะงานที่รับผิดชอบ (Beta =.192, p<.05; Beta =.178, p<.05) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล, การทำงานวิจัย , บุคลากรโรงพยาบาล

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study. The objective was study factors affecting the research of personnel in Kalasin Hospital. The sample group were consisted of 180 working personnel. The research tool was a research questionnaire and research behavior. The confidence values were 0.86 and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis

The research results found that Research work by personnel in Kalasin Hospital found that the personnel have research experience 22.5 percent were interested in doing research; 51.11 percent, and 45 percent were most interested in doing quasi-experimental research, 45.52 percent wanted to do research, and 64.4 percent used their personal budget. Attitude towards research skills and the nature of work responsibilities can together predict 11.80 percent of personnel's research work (R2adj = 0.116 p<.05), with attitude towards research having the highest effect on personnel's research work (Beta= .555; p< .01), followed by research skills and nature of work responsibilities (Beta =.192, p<.05; Beta =.178, p<.05), respectively.

Keywords: Affecting factors, Research work, Hospital personnel.

บทนำ

การวิจัยถือเป็นรากฐานสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาการทำงาน ดังจะเห็นได้จากในทุกองค์กรทุกสาขาวิชาต่างสนับสนุนให้องค์กรหรือหน่วยงานของตนสร้างงานวิจัยเพื่อนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจในการปรับปรุงงานและพัฒนาองค์กร โดยในการทำวิจัยมีเป้าหมายเพื่อนำเสนอข้อมูลสำหรับการวางแผน กำหนด นโยบาย และตัดสินใจทางการบริหารให้สามารถบรรลุเป้าหมาย หรือเป็นการวิจัยที่สนับสนุนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติงาน และพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น [1]นอกจากนี้การทำวิจัยมีเป้าหมายอีกอย่างคือ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ดี [2] ดังนั้น โจทย์ของการวิจัยในโรงพยาบาลจึงมีที่มาจากปัญหาหรือความต้องการที่ปรากฏอยู่ในงานประจำที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดความรู้ เพื่อนำมาพัฒนางานประจำ ขณะเดียวกันทำให้คนที่ทำงานประจำมีโอกาสได้สร้างสรรค์ความคิดทดลอง และตั้งโจทย์ของการวิจัยให้มีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากนั้นจึงทำการค้นคว้า เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และ สรุปผลการวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษาจึงนำกลับไปพัฒนางาน ประจำให้ดีขึ้นหรือช่วยลดภาระงานประจำลงได้ [3]

งานวิจัยยังเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการความรู้ (Knowledge Management) โดยเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทุกคน เป็นการสร้างเครือข่ายและการถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนางานองค์กรและผู้ใช้บริการ[4]โดยงานวิจัยที่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้นำองค์กรต้องเห็นความสำคัญและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเต็มกำลัง และต้องมีกระบวนการสื่อสารที่ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งผ่านข้อมูลความรู้ นอกจากนั้นแล้ว ต้องสนับสนุนด้านเวลาให้ผู้ทำวิจัยอย่างเหมาะสม ตลอดจนต้องมีผู้อำนวยความสะดวก เช่น ฝ่ายวิจัยขององค์กร ผู้เชี่ยวชาญพี่เลี้ยงเข้าไปช่วยเป็นที่ปรึกษา แนะนำให้งานวิจัยสามารถเกิดขึ้นได้ โดยความต้องการในการทำวิจัยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคลโดยปัจจัยภายใน เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการทำวิจัย ความรู้และทักษะการทำวิจัย และการจัดเวลาในการทำวิจัยส่วนปัจจัยภายนอกเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากสถาบัน และการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัย[4] และยังพบว่าปัญหาและความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือด้านความรู้ ความเข้าใจในการทำวิจัย ด้านงบประมาณในการทำวิจัย ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์เพื่อการวิจัยด้านการส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัย ด้านการจัดสรรเวลาในการทำวิจัย ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคล ได้แก่ อายุระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะงานที่ปฏิบัติต่างกันส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำวิจัยแตกต่างกัน[5]การส่งเสริมความต้องการและความ สามารถในการทำวิจัยจึงจำเป็นต้องสนับสนุนทั้งด้านความรู้และทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการประชาชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลขั้น 3 ซึ่งพบสถานการณ์การผลิตผลงานวิจัยของบุคลากร ใน 3 ปี ที่ผ่านมา ปี 2564-2566 มีจำนวน 18,23 และ 17 เรื่อง ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ 30 เรื่องต่อปี [6] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 – มิถุนายน พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 4 สายงาน ได้แก่ สายงานการแพทย์ จำนวน 98 ราย สายงานการพยาบาล จำนวน 641 ราย สายงานสหวิชาชีพ จำนวน 53 ราย และสายงานสนับสนุนบริการ จำนวน 251 ราย จำนวน 1,841 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตาม วิธีของยามาเน่ (Yamaro, 1973)[7] ได้จำนวนตัวอย่าง 180 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยเลือกสุ่มจากประชากรตามแต่ละสายงานในองค์กร แต่ละชั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) แบ่งเป็น 4 รายงาน ได้แก่ สายงานการแพทย์ จำนวน 25 ราย สายงานการพยาบาล จำนวน 132 ราย สายงาน สหวิชาชีพ จำนวน 18 ราย และสายงานสนับสนุนบริการ จำนวน 87 รายผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเรียงรายชื่อ ตามลำดับตัวอักษร โดยคำนวณช่วงการสุ่มได้เท่ากับ 2.9 เริ่มนับจากรายชื่อแรกและสุ่มทุก ๆ รายชื่อที่ 3 ของแต่ละสายงาน เนื่องจากผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและสุ่มตามรายชื่อ ในกรณีรายชื่อที่ไม่สามารถ ใช้เป็นตัวอย่างได้ หรือคนได้รับการสุ่มไม่ตอบ จะใช้รายชื่อในลำดับถัดไปจนกระทั่งครบ 180 ราย จึงไม่ได้คำนวณยอดเผื่อการขาดตกบกพร่องของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามของอิทธิพร ขำประเสริฐ[8] ซึ่งกำหนดตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเฉพาะบุคคลและปัจจัยด้านแรงจูงใจในการการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการทำวิจัย จำนวน 5 ข้อ ทักษะในการทำวิจัย จำนวน 6 ข้อ การจัดสรรในการทำวิจัย จำนวน 5 ข้อ และแรงจูงใจในการทำวิจัย 24 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับนับถือ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ จำนวน 4 ข้อ การส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัย จำนวน 6 ข้อ งบประมาณในการทำวิจัย จำนวน 4 ข้อ วัสดุอุปกรณ์เพื่อการวิจัย จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 ไม่เห็นด้วย 3 คือเห็นด้วยปานกลาง 4 คือเห็นด้วย และ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนเป็นแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมและทักษะในการทำวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทการทำวิจัย ลักษณะการทำวิจัย ความสนใจที่จะทำวิจัย ความต้องการที่จะทำวิจัย งบประมาณที่ใช้ในการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 149 ราย ร้อยละ 82.8 อายุระหว่าง 26-35 ปี จำนวน 81 ราย ร้อยละ 45 อายุเฉลี่ย 38.70 ปี (M=38.70, SD=10.90) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 162 ราย ร้อยละ 90 ปฏิบัติงานสายการพยาบาล จำนวน 125 ราย ร้อยละ 55.56 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 10-20 ปี จำนวน 122 ราย ร้อยละ 67.77 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.62 ปี (M = 14.62, SD= 11.67)

2. การทำงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความสนใจที่จะทำงานวิจัยระดับปานกลาง จำนวน 134 ราย ร้อยละ

74.44 มีความสนใจที่จะทำงานงานวิจัยเกี่ยวกับพัฒนางานประจำ จำนวน 131 ราย ร้อยละ 55.13 มีประสบการณ์การทำงานวิจัย งานวิจัยพัฒนางานประจำ (รวมวิทยานิพนธ์) จำนวน 69 ราย ร้อยละ 38.33 ไม่เคยทำวิจัย จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.66 ลักษณะ การทำวิจัยเป็นงานวิจัยที่ทำคนเดียว จำนวน 25 ราย ร้อยละ 42.7 ประเภทการทำวิจัยลักษณะการศึกษากับตัวแปรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 32 ราย ร้อยละ 46.37 งบประมาณที่ใช้วิจัยเป็นงบประมาณส่วนตัวจำนวน 38 ราย ร้อยละ 64.4 และอนาคตอันใกล้มีความต้องการจะทำวิจัย จำนวน 119 ราย ร้อยละ 66.11

3.การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคลและปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย พบว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำวิจัย ทักษะการทำวิจัย การจัดสรรเวลาทำวิจัย และปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ การส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัย งบประมาณทำวิจัย และวัสดุอุปกรณ์เพื่อการวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยถึงปานกลางกับการทำวิจัยของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าไม่เกิน 0.80 จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=180)

ปัจจัยเฉพาะบุคคล	1	2	3	4
การทำวิจัย (ความต้องการ)	1.00			
ทัศนคติต่อการทำวิจัย	0.303**	1.00		
ทักษะการทำวิจัย	0.107*	0.727**	1.00	
การจัดสรรเวลาในการทำวิจัย	0.170*	0.700**	0.714**	1.00

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) 3 ปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n =180)

ปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย	1	2	3	4	5	6
การทำวิจัย (ความต้องการ)	1.00					
การได้รับการยอมรับนับถือ	0.110*	1.00				
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	0.202**	0.734**	1.00			
การส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัย	0.107*	0.748**	0.652**	1.00		
งบประมาณในการทำวิจัย	0.123*	0.645**	0.463**	0.795**	1.00	
วัสดุอุปกรณ์เพื่อการวิจัย	0.107*	0.567**	0.386**	0.729**	0.702*	1.00

* p < 0.05, ** p < 0.01

4.ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำวิจัย ทักษะการทำวิจัย และปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายการทำวิจัยของบุคลากร ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 11.80 (R2adj = 0.118)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n =180)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p
ปัจจัยเฉพาะบุคคล					
ทัศนคติต่อการทำวิจัย	0.403	0.069	0.556	6.914	0.00**
ทักษะการทำวิจัย	0.145	0.067	0.198	2.179	0.03**
ปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย					
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	0.128	0.069	0.178	2.059	0.05**
Constant=0.394,R=0.358, R^2 =0.128, R^2 adj=0.118, F=4.231,Sig=0.041					

* p < 0.05, ** p < 0.01

สรุปและอภิปรายผล

1.จากการศึกษาการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีประสบการณ์การทำงานวิจัย งานวิจัยพัฒนางานประจำ (รวมวิทยานิพนธ์) จำนวน 69 ราย ร้อยละ 38.33 ไม่เคยทำวิจัย จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.66 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำคนเดียว และเป็นวิจัยกึ่งทดลอง ใช้งบประมาณส่วนตัว ซึ่งส่วนใหญ่ที่ทำวิจัยเป็นการทำเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ในการเลื่อนตำแหน่งวิชาการ ซึ่งมีจำนวนไม่มาก ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจในการทำงานวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ นิภาพรรณ ลิ้มเทียนรัตน์[11]ที่พบว่า บุคลากรมีเหตุผลในการทำวิจัย เพราะต้องการเลื่อนตำแหน่งวิชาการ แต่มีจำนวนน้อย จึงทำให้บุคลากรไม่อยากทำวิจัย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญไทย จันทรเสนา[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วบุคลากรทำวิจัยคนเดียว ทำให้ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการขยายผลมีน้อย

จากการวิเคราะห์ พบว่าสาเหตุที่บุคลากรมีการทำวิจัยคนเดียวเพราะ ต้องการนำผลงานไปใช้ประกอบในการเลื่อนตำแหน่งเฉพาะบุคคล นอกจากนี้แล้วยังพบว่าแรงจูงใจด้านงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย ไม่มี ขาดการฝึกอบรมด้านการวิจัยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีความรู้ในการทำวิจัย

2.จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่เรื่องทัศนคติต่อการทำวิจัย มีความสามารถในการทำนายการทำวิจัยของบุคลากรสูงสุด (Beta = 0.55, p<0.01) รองลงมาได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบและทักษะการทำวิจัย (Beta=0.193,p<0.05; Beta=0.176,p<0.05 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมทำนายการทำวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 11.80 (R^2adj=0.118,p=0.41) ทั้งนี้พบว่าลักษณะงานที่รับผิดชอบ สามารถพัฒนาเป็นงานวิจัย สามารถเป็นผลงานเพื่อเลื่อนระดับหรือประเมินผลงานทางวิชาการ จึงมีความต้องการและแรงจูงใจในการทำวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณ รื่นแสง และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าลักษณะงาน และงานประจำสามารถนำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยได้[13]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการทำวิจัย ทักษะการทำวิจัย และลักษณะงานที่รับผิดชอบมีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดังนั้น

1. ควรจัดให้มีทีมบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลควบคุมกำกับการดำเนินการวิจัย มีการสนับสนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานวิจัย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากรสนใจทำงานวิจัยและพัฒนางานวิจัยเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาทักษะการทำวิจัยให้แก่บุคลากร โดยเสริมสร้างความรู้ มีการจัดอบรมด้านงานวิจัย สื่อความรู้ออนไลน์ หรือช่องทางการสื่อสาร

เพื่อให้บุคลากรมีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้การดำเนินการทำวิจัยเป็นไปด้วยความราบรื่น

3. ควรมีการสื่อสารให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลที่ถึงกำหนดในการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนวิทยฐานะตามลักษณะงานที่รับผิดชอบทราบล่วงหน้า เพื่อให้กลุ่มบุคลากรดังกล่าวมีความตระหนักในการเข้าร่วมอบรมการทำวิจัย เพื่อพัฒนาตนเองด้านการทำวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสารการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่หลากหลายและเชื่อถือได้มากขึ้น และนำผลสรุปที่ได้สอบถามบุคลากรทั้งโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยนี้ และขอบคุณอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตรวจคุณภาพของเครื่องมือให้ และขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีส่วนร่วมกับงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. ทัศนีย์ นิมนภาโรจน์. (2562). การรับรู้การบริหารของหัวหน้างานและการสนับสนุนทางสังคมกับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารบริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์ ราชมงคลล้านนา,7(1), 64-75.
3. ณัฏฐญา พัฒนะวาณิชนันท์ และจุฬาพร กระเทศ. (2563). การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ระดับประเทศ ปี 2562.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(2), 358-370.
4. Khamprasoet, I. (2020). Research Institute: Challenges of Academic Support Personnel. Journal of Routine Development to Research, 7, 1-14
5. Chanthonrot, S. (2014). Problems and research need of medical personnel in Chon Buri Hospital. Master thesis (Arts), Kasetsart University, Bangkok.
6. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี2566
7. Yamane, T. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. (3rd ed). New York. Harper and Row Publication.
8. Phingsanoi, W. (2013). Factors Influencing Research of Academic Personnel of Health
9. ภรกต สูฝน และคณะ. (2563). การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 127-143.
10. มณีรัตน์ เจริญศิลป์, วรพล แวงนอก, ประภาพร เมืองแก้ว, จิตรานุช เทียมเขา และมณเฑียร พิทักษ์.รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติและแรงสนับสนุน ทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานและการให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, ปีที่ 9, ฉ. 4, น.387-401, 2565.
11. นิภาพรรณ ลิ้มเทียนรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต.ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม -สิงหาคม 2564.
12. บุญไทย จันทรเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู Journal of Graduate Research,. Vol. 4 No. 2 (2013): July-December 2013
13. นพวรรณ รื่นแสง.ปัจจัยส่งผลต่อการทำวิจัยบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Factors affecting in conducting research by support staff at Mahasarakham University (MSU). วารสารสาระคาม:ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Service quality according to expectations and perceptions of service users Outpatient department Kalasin Hospital Kalasin Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ศศิณัฏฐ์ ผลวาวแวว[1] **อภิชญา อารีเอื้อ**[1]
Sasinatha Polwowweaw[1] Abhichaya Areeauey[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.เพื่อศึกษาระดับความคาดหวัง ระดับการรับรู้ เปรียบเทียบระดับความคาดหวังและการรับรู้ และวิเคราะห์ผลความพึงพอใจในการใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์ ทำการศึกษาในเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 379 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน โดยภาพรวมและรายด้าน พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{X}$= 4.24)

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ , ความคาดหวัง , การรับรู้, ความพึงพอใจ

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to 1. study the level of expectation, the level of perception, compare the level of expectation and perception, and analyze the results of satisfaction in using the services of the outpatient department, Kalasin Hospital, Kalasin Province. The study was conducted in August-September 2024. The sample group used in the study was 379 people. The data collection tool was a questionnaire. Data analysis/statistics used included percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

The results of the study found that the expectation of service quality and the perception of service quality of outpatient service users, Kalasin Hospital, overall and in each aspect, found that the service users had higher expectations than the perception of service quality of outpatient service users, both overall and in every aspect, Outpatient Department, Kalasin Hospital, with statistical significance at the 0.05 level. Overall satisfaction when using the services at the outpatient department, Kalasin Hospital, Kalasin Province, overall, had a high level of satisfaction ($\bar{X}$= 4.24).

Keywords: service quality, expectations, perception, satisfaction

บทนำ

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยพัฒนาไปในทุกมิติ โดยการจัดบริการด้านสุขภาพ ประเทศไทยได้ขยายบริการออกไปทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก[1] กระทรวงสาธารณสุขมีการใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี

[1] แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”โดยสามารถจำแนกตามแนวทางการพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ 3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล[2] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาด 575 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาทั่วไปผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ ยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ เป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาพยาบาล ผู้ใช้บริการมักจะมีความคาดหวังในการรับบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพ การให้บริการที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งจากสถิติข้อมูลผู้ป่วยนอกมารับบริการปี2564-2566 จำนวน 29,637คน/เดือน 40,825 คน/เดือน 27,879คน/เดือนตามลำดับ สถิติข้อร้องเรียนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี2565-2567(ม.ค.67) พฤติกรรมบริการ 50,51,24 ระบบงาน 15,15,15 สิ่งแวดล้อม4,5,4 เครื่องมืออุปกรณ์2,9,7 ตามลำดับ[3] จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการยังคงมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ซึ่งเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการนั้น จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่บ่งชี้ให้เห็นถึงข้อบกพร่อง จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของโรงพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์

4. วิเคราะห์ผลความพึงพอใจในการใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์ โดยใช้จำนวนประชากรผู้ป่วยเฉลี่ยในแต่ละเดือนในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 27,879 คน/เดือน โดยหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan[4] สุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามสัดส่วนของ จำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในแต่ละแผนก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 379 คน ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 7 ข้อ 1.เพศ 2.อายุ 3.ระดับการศึกษา 4.อาชีพ 5.รายได้ของครอบครัว 6.ประสบการณ์ในการใช้บริการที่โรงพยาบาล 7.สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ มีจำนวน 26 ข้อ ซึ่งกำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลไว้ 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรม , ด้านความไว้วางใจได้ , ด้านการตอบสนองผู้ใช้บริการ , ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ , ด้านความเอาใจใส่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจโดยรวม มีจำนวน 2 ข้อ แบ่งตามรายละเอียดดังต่อไปนี้โดยข้อที่1 ความพึงพอใจโดยรวมในด้านบุคลากรผู้ให้บริการและข้อที่ 2 ความพึงพอใจโดยรวมในด้านงานบริการที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ลงรหัสเรียบร้อยแล้วมาทำการวิเคราะห์ประมวลผลด้วยเครื่อง คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติวิเคราะห์ในแต่ละส่วนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

2. วิเคราะห์ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการโดยใช้สถิติpaired t-test

4.วิเคราะห์ข้อมูลด้านความพึงพอใจโดยรวมของผู้ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งต้องเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ KLSH REC No.037/2024R

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 31.33 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 มีอาชีพเป็นรับจ้างทั่วไป จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 29 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 - 15,000 บาท จำนวน 97คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 เคยมีประสบการณ์ในการใช้ บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาแล้ว จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 91.29 มีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9

คุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด ได้แก่ ด้านการตอบสนองผู้ใช้บริการ ($\bar{X}$= 4.75) ส่วนด้านที่มีระดับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$= 4.68)

คุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการมาก ($\bar{X}$= 4.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับการรับรู้ ต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด ได้แก่ด้านความเอาใจใส่ ($\bar{X}$= 4.34) ส่วนด้านที่มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$= 3.85)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความคาดหวังต่อคุณภาพบริการและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมและรายด้าน (n=379)

ความคิดเห็น	ความคาดหวัง		การรับรู้จริง		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านความเป็นรูปธรรม	4.68	.511	3.85	.654	25.897	<.000*
2. ด้านความไว้วางใจได้	4.75	.468	4.13	.580	21.251	<.000*
3. ด้านการตอบสนองผู้ใช้บริการ	4.75	.459	4.06	.602	22.386	<.000*
4. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ	4.73	.481	4.24	.550	19.325	<.000*
5. ด้านความเอาใจใส่	4.75	.485	4.34	.570	13.357	<.000*
ภาพรวม	4.73	.481	4.12	.591	25.933	<.000*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความคาดหวังต่อคุณภาพบริการและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมและรายด้าน พบว่า การเปรียบเทียบความคาดหวังต่อคุณภาพบริการและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมและรายด้าน โดยภาพรวมและรายด้านพบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{x}$= 4.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมในด้านบุคลากรผู้ให้บริการ มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{x}$= 4.24) ส่วนระดับความพึงพอใจโดยรวมในด้านงานบริการที่ได้รับ มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{x}$= 4.23)

สรุปและอภิปรายผล

1. ความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.73 ,S.D.=.481) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองผู้ใช้บริการ ($\bar{x}$= 4.75,S.D.=.459) โดยความคาดหวังด้านการตอบสนองผู้ใช้บริการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ขั้นตอนในการรับบริการสะดวก ไม่ซับซ้อนและยุ่งยาก สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังว่า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาด 575 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาทั่วไปผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ ยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ เป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาพยาบาล ผู้ใช้บริการมักจะมีความคาดหวังในการรับบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพ การให้บริการที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังว่าในการมาใช้บริการโรงพยาบาลเกี่ยวกับขั้นตอนในการรับบริการที่สะดวก ไม่ซับซ้อน และไม่ยุ่งยาก คือการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังว่ากระบวนการต่าง ๆ จะเป็นไปอย่างรวดเร็วและราบรื่น ตั้งแต่การลงทะเบียน การรอคิว ไปจนถึงการเข้าพบแพทย์และรับการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ระบบการลงทะเบียนที่รวดเร็วและง่าย เช่น การกรอกข้อมูลที่ไม่ยุ่งยาก หรือการใช้บัตรประชาชนในการเช็คอิน

2. การรอคิวไม่นาน คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะมีการจัดการระบบคิวที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ระบบคิวอัตโนมัติ

3. คำแนะนำและการให้บริการชัดเจน คาดหวังว่าเจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำที่ชัดเจนและเป็นมิตรในทุกขั้นตอน

4. กระบวนการตรวจและรักษาที่รวดเร็ว การเข้าพบแพทย์ การทำตรวจต่าง ๆ หรือการรับยาจะดำเนินการอย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องผ่านหลายขั้นตอนซับซ้อนและจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามูลเหตุจูงใจในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาแล้ว จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 91.29 แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองของผู้ใช้บริการที่มีความคาดหวังสูงว่า จะต้องมีแพทย์พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการอย่างสุภาพ นุ่มนวลมีความพร้อม มีท่าที กระตือรือร้นและเต็มใจในการให้บริการ เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีดูแลรักษาตนเอง ขั้นตอนในการรับบริการสะดวก ไม่ซับซ้อนและยุ่งยากแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการทุกคนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ มีระบบบริหารจัดการที่ตอบสนองความต้องการได้อย่าง รวดเร็ว ทำให้ความคาดหวังสูงขึ้น โดยผู้ใช้บริการจะให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล รัตถาพิมพ์ถ[5] ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่ามูลเหตุจูงใจในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจ มารับบริการเอง (ร้อยละ 45.80) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการที่มีความคาดหวังสูงว่า จะต้องมีแพทย์ที่มีความชำนาญในการตรวจรักษาโรค และมั่นใจว่าเมื่อไปใช้บริการจะต้องได้รับ การดูแล รักษาพยาบาลจากบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่เพียงพอ มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะแต่ละสาขา บุคลากรให้ความสำคัญ มีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ทำให้ ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ว่าจะสามารถรักษาให้หายจากโรคและปลอดภัยได้ มีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบบริหารจัดการที่ตอบสนองความต้องการได้อย่าง รวดเร็วโดยเฉพาะการเป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐระดับความคาดหวังจึงยิ่งสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวัลย์ จาดพันธ์อินทร์[6] ที่ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าคุณภาพการบริการของผู้รับบริการตามความคาดหวัง พบว่าระดับคุณภาพการบริการของผู้รับบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการ คาดหวังในคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ เป็นสถานบริการของรัฐที่มี มาตรฐานต้องให้บริการในระดับที่มากที่สุด

ความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านที่มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ ($\bar{x}$ =4.68,S.D.=.511) เนื่องจากเป็นการให้บริการในรูปแบบของโรงพยาบาลรัฐบาล ที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ใช้บริการย่อมมีความคาดหวังว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัด ต้องมีคุณภาพบริการในทุกๆด้านโดยเฉพาะการมีสถานที่จอดรถจำนวนเพียงพอ ที่นั่งรอตรวจมีจำนวน เพียงพอ มีเครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของ

โรงพยาบาลแต่งกายสะอาดเรียบร้อยติดป้ายชื่อและตำแหน่งชัดเจน ห้องน้ำสะอาดและมีจำนวนเพียงพอ ถังขยะมีจำนวนเพียงพอ และ สะดวกต่อการใช้งาน ร้านค้า และร้านอาหารถูกสุขลักษณะ สะดวกต่อการใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจต่อผู้มาใช้บริการทั้งจังหวัด จึงทำให้ระดับความคาดหวังของ ผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆแสดงว่าผู้ใช้บริการให้ ความสำคัญต่อด้านนี้น้อยกว่าด้านการให้การดูแลรักษาของแพทย์ พยาบาล[7]

2.พบว่าการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ใช้บริการมีการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในภาพรวม มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการมาก ($\bar{X}$= 4.12, S.D.=.591) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด ได้แก่ ด้านความเอาใจใส่ ($\bar{X}$= 4.34 , S.D=.570) โดยพบว่าผู้ใช้บริการมีแพทย์พยาบาล ตอบคำถามที่ผู้ใช้บริการซักถามด้วยความยินดีไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ยินดีรับฟังปัญหาโดยเปิดโอกาสให้พูดคุยไม่รวบรัดสรุป พร้อมสามารถช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของสังคมและเป็นโรงพยาบาลของ การธำรงรักษาระบบคุณภาพโรงพยาบาล และ ผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจ ในการดูแลด้านการเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวัลย์ จาดพันธ์อินทร[6] ที่ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า ระดับคุณภาพการบริการของผู้รับบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพฯ อยู่ ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการได้รับรู้การให้บริการของ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ จากการใช้บริการจริงและพบว่าคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก การรับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนด้านที่มีระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$= 3.85, S.D.= .654) เนื่องจากปริมาณผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น สถานที่และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ สถานที่จอดรถจำนวนเพียงพอ ที่นั่งรอตรวจมีจำนวน เพียงพอ มีเครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่งกายสะอาดเรียบร้อยติดป้ายชื่อและตำแหน่งชัดเจน ห้องน้ำสะอาดและมีจำนวนเพียงพอ ถังขยะมีจำนวนเพียงพอ และ สะดวกต่อการใช้งาน ร้านค้า และร้านอาหารถูกสุขลักษณะ สะดวกต่อการใช้บริการ ซึ่งทางโรงพยาบาลจึงกำลังอยู่ระหว่างขยายพื้นที่และปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่ ทั้งอาคารสำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องอาหาร ร้านจำหน่ายสินค้าและสถานที่จอดรถและสถานที่สำหรับอำนวยความสะดวกอื่นๆ เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ จึงทำให้ผู้ใช้บริการมีการรับรู้ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวริศรา เบ้านู[7] ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย พบว่าระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ทั้งรายมิติและในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายมิติพบว่าส่วนมิติด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพถูกคาดหวัง ระดับน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าความต้องการด้านความสะอาดสวยงาม ความพร้อม ความสะดวกสบาย ด้านวัตถุทางด้านกายภาพ มีความสำคัญน้อยที่สุดในภาวะ

เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องการความปลอดภัย ในชีวิตมากกว่าผู้รับบริการจึงคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการในระดับสุดท้าย

3. เปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการพบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล โดยภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและสูงกว่าการรับรู้คุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ใช้บริการมาใช้บริการแล้ว โรงพยาบาลไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการตามที่ผู้ใช้บริการคาดหวังได้จึงทำให้การรับรู้คุณภาพบริการตามสภาพ ความเป็นจริงต่ำกว่าความคาดหวัง โดยผลการวิจัยพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการด้านที่มีการรับรู้ คุณภาพบริการต่ำที่สุด คือ ด้านความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ เนื่องจากปัจจุบันผู้ใช้บริการมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นและโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการดำเนินการปรับปรุงโครงสร้าง อาคารสถานที่ เพื่อขยายพื้นที่ในการให้บริการ ทั้งพื้นที่ในการให้บริการการตรวจรักษาและพื้นที่สำหรับอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น ที่พักขณะรอตรวจ ห้องอาหาร ร้านจำหน่ายสินค้า ห้องน้ำ การปรับระบบ การจัดการขยะ และขยายลานจอดรถ จึงอาจทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวกสบายตามที่คาดหวัง และจากปริมาณผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สถานที่จอดรถไม่เพียงพอจึงอาจทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ด้านที่มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากที่สุดคือด้านการให้ความไว้วางใจ อธิบายได้ว่าการเป็นโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ผู้ใช้บริการย่อมมีความคาดหวังสูงว่าผู้ใช้บริการมีแพทย์ พยาบาล ตอบคำถามที่ผู้ใช้บริการซักถามด้วยความยินดีไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ยินดีรับฟังปัญหาโดยเปิดโอกาสให้พูดคุยไม่รวบรัดสรุป พร้อมสามารถช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของสังคมและเป็นโรงพยาบาลของการธำรงรักษาระบบคุณภาพโรงพยาบาล และผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการดูแลด้านการเอาใจใส่

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของพาราสุรามานและคณะที่กล่าวว่าคุณภาพบริการ (service quality) สามารถวัดได้จากการประเมินของบุคคลที่ใช้บริการ โดยเน้นผลของการเปรียบเทียบการ บริการที่บุคคลคาดหวัง (expected service) กับการบริการที่บุคคลรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวริศรา เบ้าหู[7] ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย พบว่าเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการ รับรู้ของผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ทุกรายมิติและภาพรวม คุณภาพบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความ คาดหวังสูงกว่าคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัสยา บุญมี[4] ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนมพบว่าการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนม การเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนม พบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนม โดยรวมแตกต่างจากคุณภาพบริการตามการรับรู้โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ซึ่งสอดคล้อง

กับงานวิจัยของวาลินีย์ ภูสวัสดิ์[8] ที่ศึกษาคุณภาพบริการหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดา พบว่าการเปรียบเทียบคุณภาพบริการหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดา ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ทั้งในภาพรวมและรายด้านของคุณภาพบริการพบว่า คุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ในภาพรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้าน สูงกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการและพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมัน 0.05

4.ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม พบว่าผู้ใช้บริการเมื่อมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{X}$= 4.24 , S.D. = .533) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมในด้านบุคลากรผู้ให้บริการ มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{X}$= 4.24, S.D. = .531) ส่วนระดับความพึงพอใจโดยรวมในด้านงานบริการที่ได้รับ มีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{X}$= 4.23, S.D. = .535)สามารถอธิบายได้ว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากเมื่อมาใช้บริการของที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจด้านบุคลากรผู้ให้บริการคุณภาพและความสามารถของบุคลากร:ความรู้ความสามารถ และทักษะของบุคลากรมีความสำคัญมากต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การบริการที่เป็นมิตร: ทัศนคติและการแสดงออกของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญ การที่บุคลากรให้บริการอย่างเป็นมิตรและมีความใส่ใจจะช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความเป็นมืออาชีพ: ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพของบุคลากร ซึ่งรวมถึงความตรงต่อเวลา การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด ความพึงพอใจด้านงานบริการที่ได้รับความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ: ความเร็วในการให้บริการและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลอย่างมากต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การตอบสนองต่อความต้องการ: การให้บริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ใช้บริการได้นับว่าเป็นส่วนสำคัญ ผู้ใช้บริการที่รู้สึกว่าตนได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการย่อมมีแนวโน้มที่จะพึงพอใจมากขึ้น ความสะดวกสบายและความพร้อมของสถานที่: งานบริการที่จัดขึ้นในสถานที่ที่สะดวกและพร้อมสำหรับการใช้งาน สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้ การออกแบบพื้นที่ให้เหมาะสมกับการใช้งานและการเข้าถึงที่ง่ายถือเป็นสิ่งที่สำคัญ[9]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยจำแนกข้อเสนอแนะออกเป็น 2 ประเด็นคือข้อเสนอแนะจากการ วิจัยเพื่อนำไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1จากการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรม ที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำที่สุดกว่าด้านอื่นๆ แต่ก็ยังอยู่ในระดับมากเนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่ผู้ใช้บริการมาใช้บริการทั้งหวัด เพื่อต้องการการบริการที่สะดวกรวดเร็ว สถานที่จอดรถจำนวนเพียงพอ
ที่นั่งรอตรวจมีจำนวน เพียงพอ มีเครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย
แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่งกายสะอาดเรียบร้อยติดป้ายชื่อและตำแหน่ง

ชัดเจน ห้องน้ำสะอาดและมีจำนวนเพียงพอ ถังขยะมีจำนวนเพียงพอ และ สะดวกต่อการใช้งาน ร้านค้า และร้านอาหารถูกสุขลักษณะสะดวกต่อการใช้บริการ ทางโรงพยาบาลจึงควรเร่งปรับปรุงในด้านสถานที่จอดรถจำนวนเพียงพอ ที่นั่งรอตรวจมีจำนวนเพียงพอ ที่ผู้ใช้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะไว้นำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจ และเกิดคุณภาพในระบบบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

1.2 องค์กรพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนำผลมาวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ

2.2นำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจ และเกิดคุณภาพในระบบบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. (ระบบบริการสุขภาพ(อินเทอร์เน็ต). (สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2567). แหล่งข้อมูล https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf

2. (แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุข(อินเทอร์เน็ต). (สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2567).แหล่งข้อมูลE-book-plan-kpi-๖๗-final_web-v2-ฉบับปรุงครั้งที่-1-ธ.ค.-66.pdf)

3. ข้อมูลศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติข้อร้องเรียนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี2565-2567(ม.ค.67). โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4.มัสยา บุญมี, & 2528-. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคม จังหวัดนครพนม (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

5.พิกุล รัตถาพิมพ์, & 2510-. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัด อุดรธานี (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมธิราช).

6.ลัดดาวัลย์ จาดพันธุ์อินทร์, & 2524-. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

7.วริศรา เบ้านู. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

8.วาลินีย์ ภูสวัสดิ์. คุณภาพบริการหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดา (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

9.พัชรมน เชื้อนาคะ. (2017). คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า= SERVICE QUALITY INFLUENCING PATIENT SATISFACTION AT OUTPATIENT DEPARTMENT OF PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL.

10.ชัชวาล อรวงศ์ศุภทัต(2554).ความหมายของคุณภาพการให้บริการ /สืบค้นจาก https://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?pageid=3&bookID=1285&read=true

11.ชีวรรณ เจริญสุข(2563).แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ /สืบค้นจาก https://maymayny.wordpress.com/2020/04/07

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก ในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Development of nursing guidelines for monitoring and prevention of shock in patients with upper gastrointestinal bleeding.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

วารุณี เข็มลา[1]
Varunee Khemla[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะช็อก จำนวน 30 ราย ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2566– มีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ 1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยและแบบบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 2. แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้สถิติ ไคว์แสควร์

ผลการศึกษา: ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีค่ามีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย มากกว่า 65 mmHg. ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 ml/hr ค่าการตรวจปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดแดงในเลือด(Hct) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต มีแนวโน้มลดลง ผลประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า โดยภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก มีความสะดวกในการใช้งานได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติพยาบาลการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก, ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

Abstract

This study was action research aimed to develop nursing practice guidelines for monitoring and preventing shock in patients with upper gastrointestinal bleeding and to study the results of using the nursing practice guidelines. The sample consisted of 30 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding and shock. The study was conducted between April 2023 and March 2024. The instruments used were: 1. General data recording form for patients and a record of outcomes for patients who received care according to the nursing practice guidelines. 2. A form to assess the opinions of professional nurses on the feasibility of using the developed nursing practice guidelines in patient care. A questionnaire on nurses' opinions on using the guidelines was used. Data analysis included frequency distribution, percentage, range, mean, and standard deviation. Results were compared before and after using the nursing practice guidelines using Chi-square statistics.

Results: After the implementation of the nursing practice guidelines, it was found that the patients had an average blood pressure value of more than 65 mmHg, a urine volume of more than 30 ml/hr, and a significant improvement in the Hct value at a statistical level of 0.05. The rate of rebleeding and mortality tended to decrease. The evaluation of nurses' opinions on the feasibility of implementing the guidelines found that overall, it was highly feasible to implement, was easy to use, and was not complicated. It could be implemented in practice and resulted in good results for patients.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: Nursing practice guidelines for monitoring and preventing harm from shock, patients with upper gastrointestinal bleeding

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ปีละประมาณ 100 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 50-70 โดยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 10ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด[1] ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาหลายล้านบาทต่อปี[2] สาเหตุที่ทำให้ต้องเสียชีวิตคือภาวะช็อก จากการเสียเลือด จากสาเหตุอื่นไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Non-variceal hemorrhage) และหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Variceal hemorrhage) ซึ่งล้วนเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารหมักดองอาหารรสจัด เมื่อมี ปัญหาสุขภาพจะไปซื้อยามารับประทานเอง ไม่ออกกำลังกาย และพบก่อนการเจ็บป่วยมักดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ทุกวันและรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง[3]

ในประเทศไทย ไม่ได้ระบุโรคผู้ป่วยเลือดออกในอาหารโดยตรงแต่ระบุเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร พบผู้ป่วยสูงถึง 817 ราย ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร 13,102,750 ราย และพบว่าเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ลำดับที่ 5 ใน 10 กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตจากเลือดเป็นออกในทางเดินอาหาร ร้อยละ 10- 20โดยพบการเสียชีวิตช่วงแรกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล[4]

โรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding: [UGIB]) เป็นภาวะที่มีเลือดออกจากทางเดินอาหาร โดยพยาธิสภาพสูงกว่า ligament of triet z ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนและเหมาะสม ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาเจียนเป็นเลือดถ่ายอุจจาระดำ มักไม่มีอาการผิดปกติอะไรแต่ถ้าเสียเลือดมากกว่า 1,000 มล. จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรเร็วขึ้น มีการบีบตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อ ทำให้ผิวหนังเย็นชื้น และถ้าเสียเลือดมากขึ้นอีกจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายใน เช่น ไต หัวใจ และสมองลดลงทำให้มีปัสสาวะลดลงหรือระดับความรู้สติสับสนได้หรืออาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามมาซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากได้รับการรักษาที่เหมาะสมถูกต้อง จะช่วยลดความรุนแรงของการเสียเลือด และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารได้[5] สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดอาหารโป่งพองจากภาวะตับแข็งสาเหตุอื่นๆได้แก่ ภาวะหลอดอาหารอักเสบ แผลที่หลอดอาหาร เนื้องอกในกระเพาะอาหาร และการติดเชื้อ Helicobacter pylori ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือดสดๆ คล้ำสีน้ำตาลถ่ายอุจจาระเหลวสีดำบางรายอาจถ่ายเป็นเลือดสีแดงสดผู้ป่วยมีอาการซีด ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ หน้ามืด เวียนศีรษะ สัญญาณชีพผิดปกติบางรายมาด้วยอาการช็อก การรักษาผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีการรักษาทั้งการให้ยา การส่องกล้องและการรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งภาวะที่ต้องเฝ้าระวังในภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นคือภาวะ Hypovolemic shock ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เกิดจากการสูญเสียปริมาณเลือดในร่างกายถึงร้อยละ 40 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงจนไม่สามารถที่จะบรรจุเลือดในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อส่งผลทำให้ผู้ป่วยชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง ผิวหนังซีด เหงื่อออก รู้สึกหนาว กระหายน้ำ

อาจมีอาการคลื่นไส้ หายใจเร็วและกระสับกระส่าย สมองขาดออกซิเจนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา[6]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ในปีงบประมาณ 2564- 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 168, 177 และ 246ราย ตามลำดับ และมีภาวะเลือดออกซ้ำ จำนวน 20, 16 และ 34 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.79, 4.73 และ 6.14 และพบผู้ป่วยเข้ารับการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ จำนวน 13, 7 และ10 ราย อีกทั้ง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 5-15 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 24,564–221,781 บาท เฉลี่ย 18,662 บาท/ราย[7] จากสถิติจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น มีความรุนแรงของโรคจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหาร

วิธีการศึกษา/การดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โมเดลการศึกษาของซูคัพ (Soukup,2000) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) Evidence Trigger phase 2) Evidence Supported phase 3) Evidence observe phase และ4) Evidence base phase

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะช็อกและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะช็อกและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติพยาบาล จำนวน 30 ราย โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 20- 75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากแพทย์ว่า เป็นโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือ สำหรับพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ 2) เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาล จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เวชกิจฉุกเฉิน 1 ท่าน แพทย์ศัลยกรรม 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 1 ท่าน ได้ค่า CVI=0.96 และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาล หาค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค=0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย เป็นการศึกษาย้อนหลัง จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเข้าถึงแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ในห้วง เดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566 และ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะช็อกและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติพยาบาล จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนเมษายน 2566– มีนาคม 2567 โดยผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้สถิติ ไคว์แสควร์

จริยธรรมการวิจัย

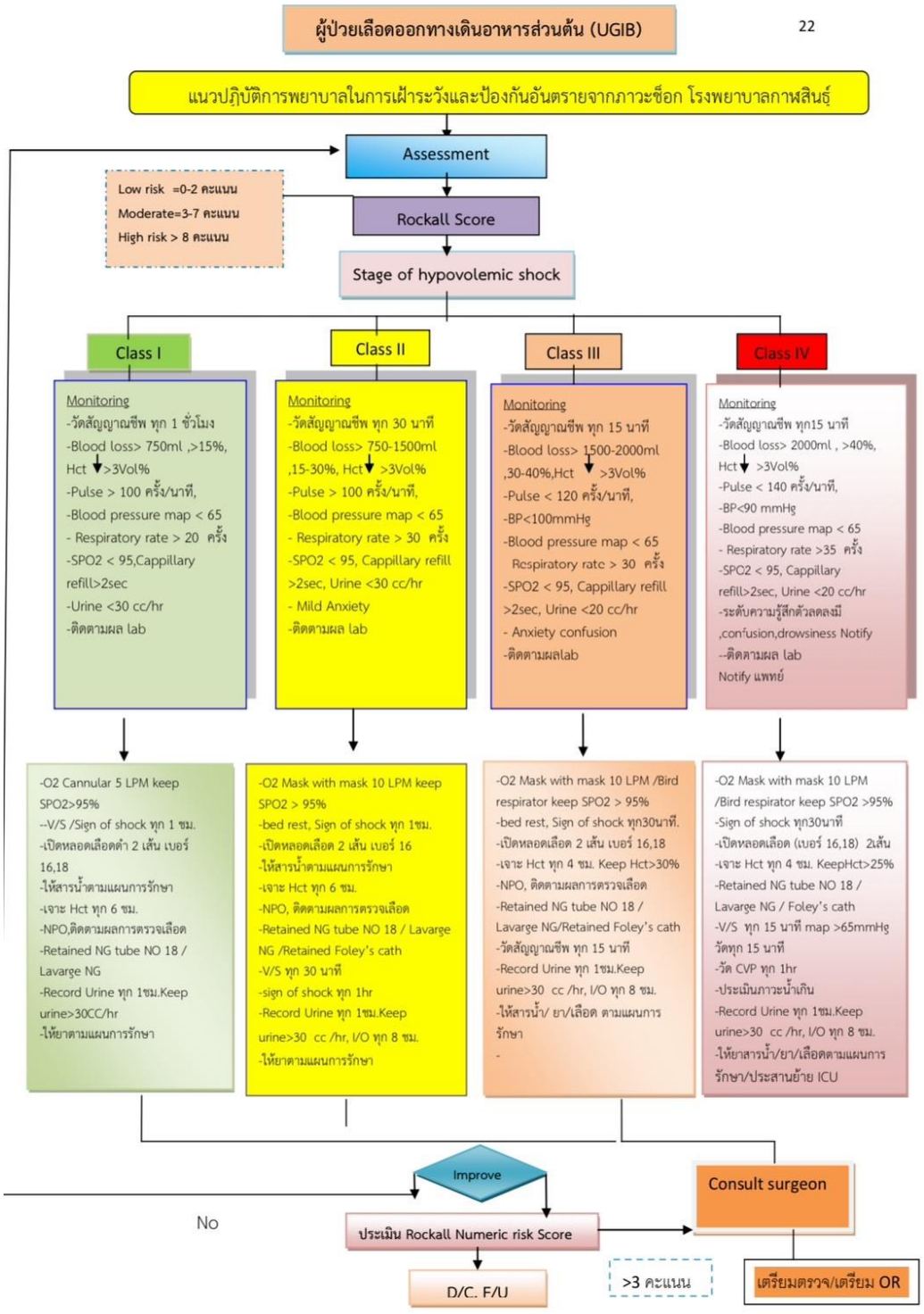
การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (เลขที่ COA No.023-2024) และทำการเก็บข้อมูลการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งจัดทำตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ ตามกรอบแนวคิดของ (Soukup,2000) ในการพัฒนาแนวแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 Evidence Trigger phase

การกำหนดความต้องการและขอบเขตปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและเสียชีวิต โดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย จาก (high variation) มีจำนวนมาก (high volume) มีความเสี่ยงสูง (high risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย รวมทั้งเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาได้ดำเนินการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย พบว่าในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นพบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำ จำนวน 20, 16 และ 34 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.79, 4.73 และ 6.14 จากการทบทวนเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย 2 ราย มีอาเจียนเป็นเลือดสดร่วมกับถ่ายดำ สัญญาณชีพปกติ ระยะเวลาต่อผู้ป่วยอาเจียนและถ่ายดำไหลไม่หยุดหายใจช้าไม่สม่ำเสมอและหยุดหายใจ (งานสถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566) และจากการทบทวนวรรณกรรม การพยาบาลภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นประกอบไปด้วยการซักประวัติโรคร่วมปริมาณการเสียเลือดและระยะเวลาในการเสียเลือด ประวัติการรักษาจากการใช้ยา ประวัติการดื่มสุราของผู้ป่วย การประเมิน Rockall score เพื่อทำนายอัตราการตายเพื่อใช้ในการจัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Low risk 2) Moderate และ3) High risk เพื่อเฝ้าระวังการเกิดเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิต นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้ศึกษาความสำคัญในการที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและสามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที



ภาพที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่2. Evidence Supported phase

ดำเนินการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามการสังเคราะห์งานและทบทวนวรรณกรรม ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และคัดเลือกหลักฐานที่สำคัญและจำเป็นต่อการแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของ The National Health and Medical Resarch Council (2004) ร่วมกับทีมพัฒนาและอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ผลการประเมินทำให้ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 14 ฉบับ สรุปประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแรกรับ 2) การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก 4) การพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องหรือผ่าตัด และ 5) การวางแผนจำหน่าย

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประเมินภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย Vital sign at ward (n=30)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติฯ (n=30)		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติฯ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Initial Vital sign at ward				
Systolic blood pressure (mmHg) (Mean100.46 Median 105 Mode 80)				
< 90	10	33.33	2	6.67
> 90	20	66.67	28	93.33
Diastolic blood pressure(mmHg) (Mean58.10 Median 57.50 Mode 79)				
< 60	24	80	8	26.67
> 60	6	20	22	73.33
Urine out put (Mean97.73Median 91.50 Mode 128)				
< 30 ml	22	73.33	4	13.33
> 30 ml	8	26.66	26	86.66

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำแนกตาม Initial Vital sign at ward กลุ่มผู้ไม่ใช้แนวปฏิบัติความดันโลหิต Systolic blood pressure > 90 mmHg ร้อยละ 66.67 , Diastolic blood pressure < 60 mmHg ร้อยละ 80, Urine out put < 30 ml/hr. ร้อยละ 73.33 และ > 30 ml/hr. ร้อยละ 26.66 และในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ความดันโลหิต Systolic blood pressure > 90 mmHg ร้อยละ 93.33 , Diastolic blood pressure < 60 mmHg ร้อยละ 26.67, Urine out put < 30 ml/hr. ร้อยละ 13.33 และ Urine > 30 ml/hr. ร้อยละ 86.66

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตาม Initial laboratory data (n=30)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Initial laboratory data				
Hemoglobin level (g/dl) (Mean 6.44 Median 7.00 Mode 7.20)				
< 10	28	90	30	100

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตาม Initial laboratory data (n=30)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
> 12	2	10	0	0
Prothrombintime (Sec)				
(Mean 20.13 Median 19.30 Mode 16.4)				
11- 13 sec	2	10	4	13.33
> 13 sec	28	90	26	86.67
Hct (Vol%)				
(Mean 19.31 Median 21 mode 22)				
< 10 vol%	6	20	0	0
11- 20 vol%	14	46.67	8	26.67
> 21 vol%	10	33.33	22	73.33
Platelet count (10/L)				
(Mean 98,726.66 Median 76,000 Mode 74,000)				
< 50,000				
50,000-100,000	4	13.33	10	33.33
100,000-20000	14	46.67	10	33.33
> 200,000	10	33.33	6	20
INR	2	6.66	4	13.33
(Mean 1.47 Median1.50 Mode 1.64)				
< 1.5	12	40	14	46.67
> 1.5	18	60	16	53.33

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตาม Initial laboratory data data ในกลุ่มผู้ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ผลส่วนใหญ่ Hemoglobin level <10 (g/dl) ร้อยละ 90 , Prothrombintime > 13 (Sec) ร้อยละ 90 มีค่า Hct > 21 vol % ร้อยละ 33.33 , พบค่า Platelet count < 50,000 (10/L) ร้อยละ 13.33 , Platelet count < 50,000-100,000 ร้อยละ 46.67 และ INR > 1.5 ร้อยละ 60 ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผลHemoglobin level <10 (g/dl) ร้อยละ 100, Prothrombintime > 13 (Sec) ร้อยละ 86.67, Hct < 11-20 vol% ร้อยละ 26.67 Hct > 21 vol% ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ Platelet count < 50,000 (10/L) ร้อยละ 33.33 Platelet count< 50,000-100,000 ร้อยละ 33.33 และค่า INR > 1.5 ร้อยละ 53.33

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการมีภาวะเลือดออกซ้ำและการเกิดHypovolemic shock ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น(n=30)

ผลลัพธ์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		x^2	*P* -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การมีเลือดออกซ้ำ						
เกิด	5	16.67	20	83.33	8.89	.001
ไม่เกิด	25	78.22	10	27.77		
2.การเกิด Hypovolemic shock						
เกิด	0	0	20	83.33	8.89	.001
ไม่เกิด	30	100	10	27.77		

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการมีภาวะเลือดออกซ้ำและการเกิด Hypovolemic shock ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มไม่ใช้แนวพบกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการมีเลือดออกซ้ำ จำนวน 5 ราย แต่ไม่เกิดภาวะHypovolemic shock ขณะเดียวกันกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติมีเลือดออกซ้ำจำนวน 25 ราย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเปรียบเทียบภาวะเลือดออกซ้ำและการเกิดภาวะHypovolemic ทดสอบหาค่าไคว์สแควร์ ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หัวข้อที่พยาบาลเห็นด้วยมากที่สุดคือแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย (ร้อยละ 90) รองลงมา คือแนวปฏิบัติสะดวกในการนำไปปฏิบัติ ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติและในภาพรวมของการใช้แนวปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพดี (ร้อยละ 80)

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ขั้นตอนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแรกรับ 2) การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก 4) การพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องหรือผ่าตัด และ 5) การวางแผนจำหน่าย ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินผลด้านคุณค่าของการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล The AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)[8] ทั้ง 6 ด้าน แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์นี้เป็นการเริ่มพัฒนาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่ดีทำให้การพยาบาลผู้ป่วย มีความชัดเจน มีผังแสดงขั้นตอน (Flow Chart) ช่วยเพิ่มความสะดวกและง่ายในการให้การพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับดาวเรือง บุญจันทร์, 2556 อ้างใน ยุพดี ธัมมิกะกุล[9] ที่กล่าวว่าแนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPG) เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลได้ใช้การคิดวิเคราะห์ร่วมกับทักษะความชำ นาญในการพยาบาลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน ลดความหลากหลาย ลดกิจกรรมหรือขั้นตอน ที่ไม่จำ เป็น แนวปฏิบัติการพยาบาลถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แก่ผู้ใช้บริการส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1. ผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนต้น จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่า การตรวจปริมาตรของเซลล์เม็ดเลือดแดงในเลือด (Hct) และค่าระดับฮีโมโกลบิน (Hb) หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และประเมินค่าเวลาเลือดเริ่มแข็งตัว (Prothrombin Time: PT) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อประเมินตามตัวชี้วัดระหว่างรักษาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภายใน 28 วัน (Re-Admission Rate) อัตราการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น (Re- bleeding) มีแนวโน้มลดลงสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ดาวเรือง บุตรจันทร์ (2556) อ้างในยุพดี ธัมมิกะกุล[9] ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลลดลง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกตั้งแต่

การคัดกรองความเสี่ยง ประเมิน Stage of shock การเตรียมพร้อมในการผ่าตัด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น จะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้มาก โดยเฉพาะภาวะช็อกจากการเสียเลือด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำที่ให้ ข้อเสนอว่าพยาบาลควรให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุการเกิดเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฉบับนี้จึงมีความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดิน อาหารส่วนต้นได้

2. การประเมินความคิดเห็นของพยาบาล ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกในผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก และให้ความเห็นว่ามีความสะดวกในการนำไปใช้ ใช้งานได้ ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน นำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น สามารถนำมาใช้ในทีมพยาบาลและมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ซึ่งผลวิจัยของยุพดี ธัมมิกะกุล[9] ได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถรายงานแพทย์และให้การรักษาได้ทันท่วงทีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับประโยชน์ที่ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อกนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปปรับใช้ในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการที่ยังไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติการพยาบาล ในการลดลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็น อย่างไรก็ตามผู้จะนำไปใช้ ควรมีการศึกษาและทำ ความเข้าใจรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รวมทั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานก่อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล การขยายไปยังหน่วยงานอื่นและควรวางแผนการส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มเพศชายที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูงจากการดื่มสุราเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น ลดภาวะช็อกจากการเสียเลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยนี้และขอบคุณอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตรวจคุณภาพของเครื่องมือให้ และขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Valkhoff VE, Sturkenboom MC. (2012). Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. 25(3): 125-140.
2. Nationnal Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2018).Gastrointestinal bleeding: the management of Acute upper gastrointestinal bleeding. Retrieved April , 2018, from https:// guidance.nice.org.uk/cg 141.

3. Bong Six M K et al. (2014). Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guideline for clinicians. Word journal of Gastrointestinal pathophysiology, 5(4), 467-478. Retrieved April 24, 2020 ,from http://www.wjgnet.com/esps/helpdesk.aspx.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2566). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2566 สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/สรุป รายงานการป่วย
5. Scorttish Intercollegiate Guidelines Network.(2008). Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding (internet), 2008 (cited 2016 Jun 22) Available from: www.sign.ac.uk/pdf/sign105.pdf
6. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (2563). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566, จาก http://www.thaitage.org/Thai/document/Guideline%20UGI%20Bleeding%202014.pdf
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2566). งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2564-2566. (คัดสำเนา)
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทาง การแพทย์.(2566). เครื่องมือการประเมินคุณภาพ แนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยและการประเมินผล(ฉบับภาษาไทย) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้ จาก: https://www.agreetrust.org/wp content/uploads/2013/09/ThaiAGREE-II.pdf
9. ยุพดี ธัมมิกะกุล.(2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอม เกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 3(1):31-46.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่าย อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF A DRUG RECALL MANAGEMENT MODEL IN THE MUEANG KALASIN DISTRICT NETWORK KALASIN PROVINCE.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

สวัสดิ์ มาลา[1]
Sawat Mala[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาของเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการประสานงานสารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการเรียกคืนยา อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึง ธันวาคม 2557 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาของเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ การเรียกคืนยายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร และการขาดระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงกันทั้งเครือข่าย หลังจากทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแล้ว สิ่งที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วยมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การจัดการการเรียกคืนยา และระบบสารสนเทศในการเรียกคืนยา ซึ่งประกอบด้วย 1) ระบบ Web Application 2) ระบบ Line Notify 3) ระบบ Mobile Application ผลการศึกษาโดยรวมของการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา พบว่าอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยที่ 1.63 (SD = 0.67) ผลการศึกษาการบริหารจัดการการเรียกคืนยาที่มีประสิทธิภาพในผู้ปฏิบัติงานพบว่า อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.25 (SD = 0.53) ผลการศึกษาความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระบบเรียกคืนยาอยู่ระดับดี ร้อยละ 53.30

คำสำคัญ: การเรียกคืนยา, เครือข่ายสาธารณสุข,การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This action research aims to develop a drug recall management model for the public health service network in Muang Kalasin District. The study involved collaboration among the District Public Health Coordination Committee (DCC), healthcare personnel involved in drug recalls, public health volunteers, and patients. Data was collected between January and December 2024 through interviews and questionnaires, and analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that, prior to the development of the drug recall management model, there was no clear process for drug recalls. The system lacked written procedures and a unified, up-to-date database across the healthcare network. Following the development phase, key improvements included the establishment of Standard Operating Procedures (SOP) for drug recall management and the introduction of an information system consisting of a web application, Line communication system, and mobile application. The study found that stakeholder participation in the planning and development of the drug recall model was rated as poor, with an average score of 1.63 (SD = 0.67). However, the efficiency of drug recall management among healthcare personnel was rated as good, with an average score of 4.25 (SD = 0.53). Patient awareness and confidence in the drug recall system were also rated as good, with 53.30% of patients reporting a positive perception.

Keywords: Drug recall, public health network, Drug recall management model

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ความปลอดภัยด้านยาเป็นส่วนสำคัญของระบบการจัดการด้านเภสัชกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและรับประกันความปลอดภัยในระบบสาธารณสุข ทั่วโลกและในประเทศไทย การเรียกคืนยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Eissa, M. E. 2019) เนื่องจากความก้าวหน้าทางการผลิตยา การตรวจสอบคุณภาพที่เข้มงวดขึ้น และความตระหนักในความปลอดภัยของผู้บริโภคมากขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020 ถึง 2022 มีการเรียกคืนยาในหลายประเทศ โดยจำนวนและสาเหตุแตกต่างกันไปตามกฎหมายและการควบคุมของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยระหว่างปีงบประมาณ 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 มีการแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับการเรียกคืนยาทั้งสิ้น 160 รายการ[1] สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยหน่วยบริการสุขภาพ 25 แห่ง ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัดขนาด 540 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 21 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง[2] เครือข่ายนี้ให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีผู้มารับบริการถึง 228,644 คนในช่วง 10 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 พบอุบัติการณ์การเรียกคืนยาในเครือข่าย 40 ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2561 ถึงมีนาคม 2567 แม้ว่าการจัดการการเรียกคืนยาจะถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานหนึ่งในมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[3] แต่ในทางปฏิบัติยังพบความท้าทายหลายประการ เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานในเครือข่าย กระบวนการการเรียกเก็บคืนยายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการเรียกเก็บคืนยา และการขาดระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงกันทั้งเครือข่าย ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เครือข่ายไม่สามารถบริหารจัดการการเรียกคืนยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเชื่อถือของระบบสาธารณสุข และการสูญเสียทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีค่า[4]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning; P) การปฏิบัติการ (Action; A) การสังเกต (Observation; O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection; R) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา มีประสิทธิภาพ และเกิดความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยจะปลอดภัยจากการใช้ยาและสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการในระบบการจัดการความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์[5]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาบริบท และสภาพปัญหาของพื้นที่และประชากรที่ศึกษา การเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยา ที่เหมาะสมสำหรับการเรียกคืนยาในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

3.เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

4.เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาของเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ประชากร คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน 30 คน

2.กลุ่มประชากรที่มีส่วนร่วมในการประเมินระบบ ประกอบด้วย

2.1 คือเจ้าหน้าที่หรือหัวหน้าหน่วยจ่ายยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประสานงานการเรียกคืนยาโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

2.1.1 ผู้ประสานงานการเรียกคืนยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต) และศูนย์บริการสาธารณสุข อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 25 คน

2.1.2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 25 คน

2.2 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข 400 คน ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 228,644 คน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง:ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เราสามารถใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%

สูตร: $n = N / (1 + Ne^2)$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (ในที่นี้เท่ากับ 228,644)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้ใช้ 0.05)

แทนค่าในสูตร: n = 399.30

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 400 คน (ปัดเศษขึ้น)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา

2.แบบสอบถาม การบริหารจัดการการเรียกคืนยาที่มีประสิทธิภาพ

3.แบบสัมภาษณ์ ความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระบบเรียกคืนยา

วิธีหาคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้ นำแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ที่ผ่านการพิจารณามาปรับปรุงตรวจสอบ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ เที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยมีค่า Index of Objective Congruence มากกว่า 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงให้ ถูกต้องอีกครั้ง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยและการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะ คือ เตรียมการและระยะปฏิบัติการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อสังเคราะห์และรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย รวมถึงเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานการเรียกคืนยาของหน่วยบริการในเครือข่ายที่ผ่านมา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย คณะกรรมการประสานงานสารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เจ้าหน้าที่หรือหัวหน้าหน่วยจ่ายยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 1 วัน

ขั้นที่ 2: การปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นการนำแผนที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาดำเนินการใน 3 โครงการคือ 1) โครงการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) สำหรับการจัดการการเรียกคืนยา 2) โครงการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเรียกคืนยา และ 3) โครงการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดการการเรียกคืนยา

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศติดตามและประเมินผล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้ 1) แบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา 2) แบบสอบถาม การบริหารจัดการการเรียกคืนยาที่มีประสิทธิภาพ 3) แบบสัมภาษณ์ ความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระบบเรียกคืนยา

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ใช้ผลการประเมินจากการสังเกตในขั้นที่ 3 เพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินกิจกรรมโดยคณะกรรมการประสานงานสารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) นำปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จมาสรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่าย อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของระบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จากการศึกษาสภาพการณ์การบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า หน่วยจ่ายยาให้ผู้รับบริการในเครือข่ายมีจำนวน 25 แห่ง ระยะทางในการขนส่งเวชภัณฑ์ยาจากโรงพยาบาลถึงเครือข่ายหน่วยบริการเฉลี่ยเท่ากับ 11.16 กิโลเมตร (Min=1,Max=30,S.D. = 7.94)

2. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ การศึกษานี้ได้สำรวจการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยาในกลุ่มผู้เข้าร่วมจำนวน 30 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ประกอบด้วยคณะกรรมการประสานงานสารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยวัด การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาโดยรวมของการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา พบว่าอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยที่ 1.63 (S.D. = 0.67) ดังรายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่มีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา (n=30)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	9	30.00
- หญิง	21	70.00
2. อายุ		
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	2	6.70
- 31-40 ปี	7	23.30
- 41 ปีขึ้นไป	21	70.00
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	2	6.70
- ปริญญาตรี	21	70.00
- ปริญญาโท	6	20.00
- สูงกว่าปริญญาโท	1	3.30
4. ตำแหน่งงาน		
- นักวิชาการสาธารณสุข	10	33.30
- พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	9	30.00
- เภสัชกร	4	13.30
- แพทย์/ทันตแพทย์	2	6.70
- อื่นๆ	5	16.70
5. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	1	3.30
- 6-10 ปี	6	20.00
- 11-15 ปี	4	13.30
- 15 ปีขึ้นไป	19	63.30
6. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	20.00
- โรงพยาบาลจังหวัด	18	60.00
- ศูนย์บริการปฐมภูมิ	4	13.30
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	2	6.70

ตาราง 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	9	30.00
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	15	50.00
ระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	6	20.00
Mean = 1.63 คะแนน, S.D. = 0.67, Max = 3.00 คะแนน, Min = 1.00 คะแนน		

3. ผลการศึกษาการบริหารจัดการการเรียกคืนยาที่มีประสิทธิภาพในผู้ปฏิบัติงานการเรียกคืนยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ

ประสานงานการเรียกคืนยา แห่งละ 2 คน รวม 50 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า ระดับประสิทธิภาพ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.25 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 โดยสรุปผลการศึกษา แบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้

3.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบการเรียกคืนยา ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบการเรียกคืนยาถูก อยู่ในระดับดี ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

3.2 ด้านประสิทธิภาพของระบบการเรียกคืนยาที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.05, S.D.=0.69)

3.3 ด้านการประสานงานของผู้ปฏิบัติงานในระบบเรียกคืนยา ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.19, S.D.=0.60)

3.4 ด้านประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบการเรียกคืนยา ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.50, S.D=0.53)

ตาราง 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากรในการบริหารจัดการการเรียกคืนยาที่มีประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานการเรียกคืนยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (n=50)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	4	8.00
- หญิง	46	92.00
2. อายุ		
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	1	2.00
- 31-40 ปี	9	18.00
- 41 ปีขึ้นไป	40	80.00
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	14	28.00
- ปริญญาตรี	7	14.00
- ปริญญาโท	26	52.00
- สูงกว่าปริญญาโท	3	6.00
4. ตำแหน่งงาน		
- นักวิชาการสาธารณสุข	2	4.00
- พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	21	42.00
- เภสัชกร	2	4.00
- แพทย์/ทันตแพทย์	22	44.00
- อื่นๆ	3	6.00
5. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	3	6.00
- 6-10 ปี	5	10.00
- 11-15 ปี	11	22.00
- 15 ปีขึ้นไป	31	62.00
6. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	46	92.00
- โรงพยาบาลจังหวัด	3	6.00
- ศูนย์บริการปฐมภูมิ	1	2.00

ตาราง 4 ระดับประสิทธิภาพระบบบริการการเรียกคืนยา (n=50)

ระดับประสิทธิภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	42	84.00
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	8	16.00
ระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	0	0.00
Mean = 4.25 คะแนน, S.D. = 0.53, Max = 5.00 คะแนน, Min = 2.93 คะแนน		

4. ผลการศึกษาความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระบบเรียกคืนยา หลังจากดำเนินการพัฒนาระบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยา ผู้วิจัยได้วัดความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในระบบเรียกคืนยา ดังรายละเอียดในตารางที่ 11 จำนวน 400 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า โดยความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระบบเรียกคืนยา อยู่ระดับดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตาราง 5 ข้อมูลลักษณะทางประชากรด้านความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วย (n=400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ที่อยู่ปัจจุบัน		
- ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์	400	100.00
- นอกเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์	0	0.00
2. เพศ		
- ชาย	110	27.50
- หญิง	290	72.50
3. อายุ		
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2	0.50
- 21-30 ปี	24	6.00
- 31-40 ปี	38	9.50
- 41-50 ปี	77	19.30
- 51-60 ปี	132	33.00
- 61 ปีขึ้นไป	127	31.80
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	193	48.30
- มัธยมศึกษา	129	32.30
- อนุปริญญา	25	6.30
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	53	13.30
5. สิทธิการรักษาพยาบาล		
- บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท)	273	68.30
- ประประกันสังคม	54	13.50
- บัตรประกันสุขภาพ (ยกเว้นค่าธรรมเนียม ท.)	42	10.50
- ชำระเงินเอง	2	0.50
- สวัสดิการข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ	29	7.20
6. อาชีพประจำ		

ตาราง 5 ข้อมูลลักษณะทางประชากรด้านความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วย (n=400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
- เกษตรกร/ประมง	143	35.80
- รับจ้างทั่วไป	104	26.00
- ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	40	0.00
- ค้าขาย/อาชีพอิสระ	23	5.80
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	5.80
- ว่างงาน	67	16.80
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	213	53.30
- 5,001-10,000 บาท	101	25.30
- 10,001-15,000 บาท	44	11.00
- 15,001-20,000 บาท	13	3.30
- 20,000 บาทขึ้นไป	29	7.20

ตาราง 6 ระดับความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในระบบเรียกคืนยา (n=400)

ระดับความตระหนักรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	213	53.30
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	170	42.50
ระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	17	4.30
Mean = 3.67 คะแนน, S.D. = 0.69, Max = 5.00 คะแนน, Min = 1.00 คะแนน		

5.ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังจากทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแล้ว สิ่งที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย

5.1 มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การเรียกคืนยา สรุปเป็นผังงาน (Flowchart) ดังภาพที่ 1

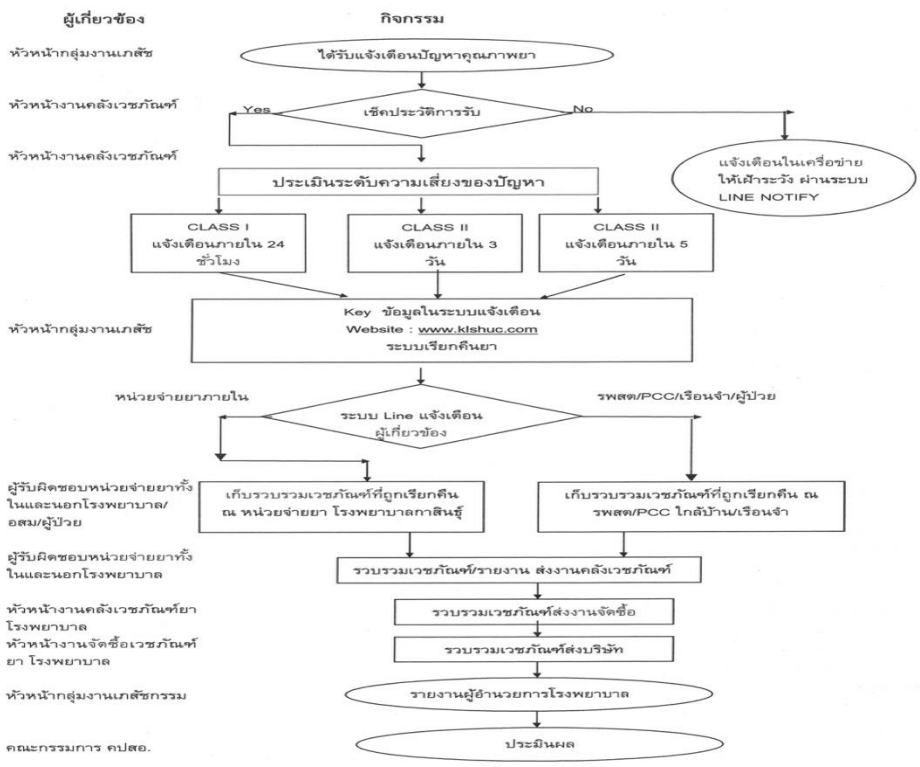
5.2 ระบบสารสนเทศในการเรียกคืนยา ซึ่งประกอบด้วย

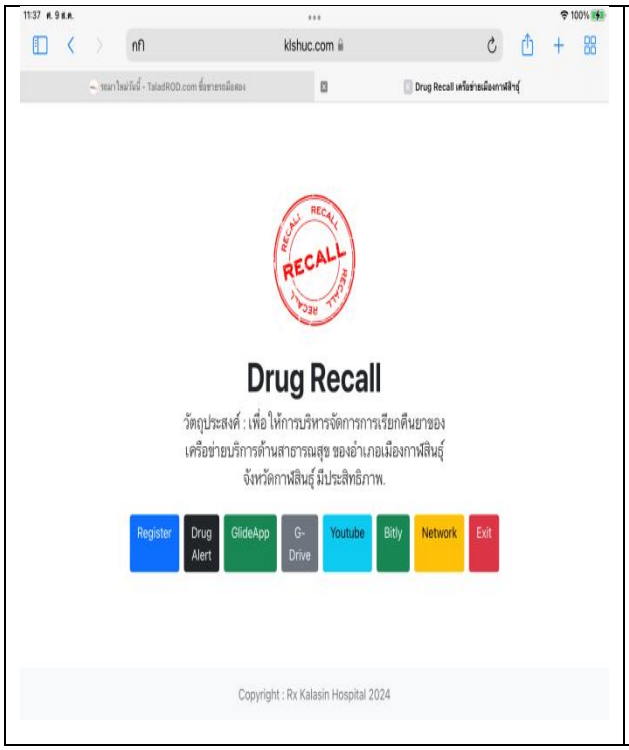
5.2.1 ระบบ Web Application พัฒนาด้วย PHP VERSION 5.3[6,7] สำหรับส่งข้อมูลแจ้งเตือนการเรียกคืนยาไปยังกลุ่มไลน์ ดังภาพที่ 2

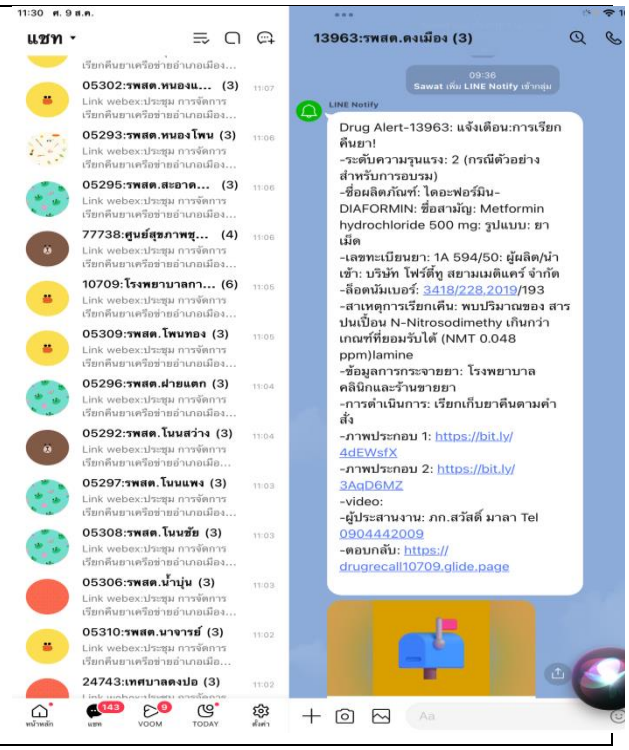
5.2.2 ระบบ Line Notify[8] สำหรับแจ้งเตือนข้อมูลการเรียกคืนยาไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยผ่านกลุ่มไลน์ 25 กลุ่ม ดังภาพที่ 3

5.2.3 ระบบ Mobile Application พัฒนาด้วย Glide Application[9] สำหรับส่งและรายงานข้อมูลการเรียกคืนยาจากหน่วยจ่ายยาในเครือข่ายและผู้ป่วย เพื่อโรงพยาบาลจะจัดเวชภัณฑ์ไปทดแทน ป้องกันปัญหาผู้ป่วยขาดยา ดังภาพที่ 4

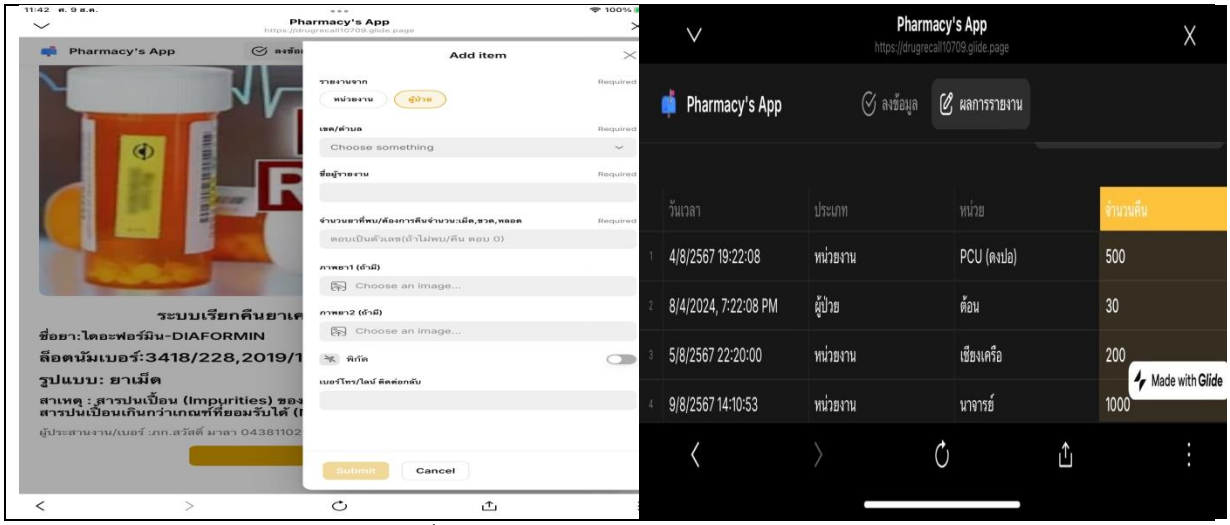
ภาพที่ 1 แผนผัง(Flow Chart) การเรียกคืนยา







ภาพที่ 2 และ 3 แสดงหน้า WEB APPLICATION ระบบการเรียกคืนยาและ ระบบ Line Notify



ภาพที่ 4 แสดงระบบ Mobile Application

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การวิเคราะห์ประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเรียกคืนยา

การวิเคราะห์ประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเรียกคืนยาเป็นหนึ่งในส่วนสำคัญของการศึกษาที่ช่วยให้เราเข้าใจถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านนี้ได้ดียิ่งขึ้น การวิเคราะห์นี้ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่ยังช่วยระบุปัจจัยด้านประชากรที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ การปฏิบัติงาน และความสามารถในการปรับตัวของบุคลากรในสถานการณ์ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ด้านลักษณะประชากรทั่วไปของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.ความท้าทายและข้อจำกัดในการดำเนินงานเรียกคืนยา

แม้ว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรียกคืนยาจะมีประสบการณ์และการศึกษาที่สูง แต่ก็ยังคงมีความท้าทายที่เกิดขึ้นในกระบวนการเรียกคืนยา เช่น การขาดแคลนบุคลากรในบางพื้นที่หรือการสรรหาบุคลากรชายในงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท ก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ระบบการสื่อสารและความร่วมมือในการจัดการการเรียกคืนยายังขาดประสิทธิภาพ การขาดวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนอาจนำไปสู่ความสับสนและความล่าช้าในการดำเนินงานเรียกคืนยา

3. การพัฒนาระบบและการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเรียกคืนยา

หลังจากการพัฒนาระบบการบริหารจัดการการเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า การพัฒนาระบบและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานเรียกคืนยาเป็นการตอบสนองต่อความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเรียกคืนยา การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น แอปพลิเคชันบนเว็บและมือถือ ระบบแจ้งเตือนผ่าน Line Notify และการใช้ระบบสารสนเทศที่สามารถเข้าถึงได้จากทุกที่ ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการติดตามและควบคุมการเรียกคืนยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัณณ์ อัตโสภณ ที่ได้ศึกษา การนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการระบบยา ทำให้การบริการยามีประสิทธิภาพมากขึ้น[10]

4. ผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีต่อประสิทธิภาพของระบบการเรียกคืนยา

การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ในการบริหารจัดการการเรียกคืนยาได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เป็นบวกต่อประสิทธิภาพของกระบวนการเรียกคืนยา การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาที่มีปัญหา ซึ่งอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและสามารถตรวจสอบกระบวนการเรียกคืนยาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดความไม่แน่นอนและความสับสนที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการเรียกคืนยา

การพัฒนารูปแบบและการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดำเนินงานเรียกคืนยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์จึงเป็นก้าวสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในกระบวนการเรียกคืนยา ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็ว และสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1.การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเรียกคืนยา ควรใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการการติดตามและประเมินผล ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

2.การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะบุคลากร ควรจัดให้มีการฝึกอบรมที่ครอบคลุมสำหรับบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการเรียกคืนยา เน้นการพัฒนาทักษะในการจัดการข้อมูล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการประสานงานในสถานการณ์ที่ต้องการความรวดเร็ว

3. การสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน เกี่ยวกับความสำคัญของการเรียกคืนยาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาที่มีปัญหาด้านคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การเรียกคืนยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดิศกุลและ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเภสัชกรตนุภัทร จำนงศรี กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และดร.อภิชญา อารีเอื้อ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.(ม.ป.ป.). เข้าถึงได้จาก https://bit.ly/3ZacVop
2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2567). สภาวะสุขภาพอำเภอเมืองกาฬสินธุ์.
3. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). มาตรฐานความปลอดภัย ด้านยา.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2525). กฎกระทรวง ฉบับที่ 20 (พ.ศ. 2525) ออกตามความในพระราชบัญญัติ ยา พ.ศ. 2510. ราชกิจจานุเบกษา, 99 (พิเศษ 164 ง), 43.
5. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2567). สภาวะสุขภาพอำเภอเมืองกาฬสินธุ์.
6. จีระเดช. (2021). การทำแอปมือถือด้วยตัวเองด้วย Glide. เข้าถึงได้จาก https://bit.ly/4cPx0DE
7. ชิตชัย. (2022). การประยุกต์ใช้ LINE Notify เพื่อใช้ในการแจ้งเตือนสำหรับระบบสารสนเทศต่างๆ. เข้าถึงได้จาก https://bit.ly/3Xwg2Wn

8. ปริญญา น้อยดอนไพร. (2021). หลักการเขียนโปรแกรมบนเว็บด้วยภาษา PHP ร่วมกับฐานข้อมูล MySQL. เข้าถึงได้จาก https://freebsd.sru.ac.th/index.php/php-book/
9. ภูวนัย แสงพล. (2022). โค้ดภาษา PHP ส่ง Line Notify เข้าไลน์ส่วนตัวหรือกลุ่มไลน์. เข้าถึงได้จาก https://puwanai.com/php-line-notify.html
10.ปัณณ์ อัตโสภณ.การพัฒนาและออกแบบเว็บแอปพลิเคชันเพื่อจัดการข้อมูลเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา ในโรงพยาบาล :แนวคิดและการแก้ไขปัญหาด้วยสารสนเทศศาสตร์ทางสุขภาพ.Thai Journal of Pharmacy Practice.28 สิงหาคม 2564.

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

A Model for developing guidelines for preventing postpartum hemorrhage Postpartum obstetrics ward Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

ไพรัตน์ มาลัยพวง[1]อภิชญา อารีเอื้อ[1]
Pairat Malaiphuang[1] Aphichanya Areeue[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบ การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย บุคลากรหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด จำนวน 10 คน ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2566-เดือนกันยายน 2567 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การสังเกต การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วย สูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ KAMT Model ประกอบด้วย ได้แก่ K=Knowledge การพัฒนาให้บุคลากรมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลหญิงหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือด A=Alert signs คือมีการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในหญิงหลังคลอด M=Management และ Monitoring คือมีการบริหารจัดการการดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน ตลอดทั้งนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง T=Technology คือนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผลจากการพัฒนารูปแบบ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ เพิ่มมากขึ้นก่อนดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) อัตราการตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอดลดลง และพบว่าปัจจัยของความสำเร็จในครั้งนี้ คือ Team การทำงานเป็นทีม และ Evidence base มาใช้ในการพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา,แนวทางป้องกัน และ การตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This action researches aimed to find patterns. Development of guidelines for preventing postpartum hemorrhage Postpartum obstetrics ward Kalasin Hospital. Co-researchers include Postpartum obstetrics ward personnel, 10 people. Study between October 2023-September 2024. Data was collected using questionnaires. Service recipient information recording form, observation, group discussion. Quantitative data analysis is used. Descriptive statistics: mean, percentage, standard deviation and inferential statistics used Paired Samples t-test. Qualitative data used content analysis.

The results of the study found that Model for developing guidelines for preventing postpartum hemorrhage in the postpartum obstetrics ward. Kalasin Hospital Kalasin Province is KAMT Model consisting of: K=Knowledge Developing personnel to have the knowledge and skills to care for women after giving birth to prevent hemorrhage. A=Alert signs means there is monitoring of emergency situations that will occur in women after giving birth. M=Management and Monitoring means there is management. Manage care to meet standards Throughout the supervision and monitoring of compliance with the T=Technology guidelines, which is the use of information technology to help collect data and monitor postpartum hemorrhage. To ensure safety for service recipients Results from model development As a result, research participants have knowledge, practice, and satisfaction. Add more

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

before proceeding with development. Statistically significant (p-value <0.05) and it was found that the factors of success this time were Team, teamwork and Evidence base used to develop care for mothers after giving birth.
Keywords: Developmental patterns, Prevention guidelines, Postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage ; PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทาง สูติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอด หรือ เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด[1] หลังจากสิ้นสุดระยะที่สามของการคลอด สามารถแบ่งชนิดของ PPH จำแนกตามระยะเวลาของการคลอดออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early PPH) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2) การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late PPH) หมายถึง การตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด[2] นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ ระยะหลังคลอดและเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ของมารดาได้ ซึ่งยังเป็นปัญหาของทั่วโลกในเอเชีย และรวมทั้งประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของมารดา พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญ โดย ทั่วโลกพบร้อยละ 27.1[3] ทวีปเอเชียพบร้อยละ 30.8[4] และประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – 2563 พบ ร้อยละ 38.0[5] โดยสาเหตุของการตกเลือดคลอดใน ระยะแรกที่พบได้บ่อย ๆ มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ มดลูก หดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่สุด รองลงมา ได้แก่ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) มีเศษรก/เนื้อเยื่อค้าง (retained placental tissue) และ ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (defects of coagulation)[6] สาเหตุดังกล่าว เหล่านี้ พบว่ามีปัจจัยความเสี่ยงสูงที่ส่งเสริมทำให้เกิด ภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดได้ คือ โลหิตจาง (anemia) โดยระดับฮีโมโกลบินในระยะตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เดซิลิตร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เคยมีการตกเลือดหลัง คลอดในครรภ์อ่อน ทั้งที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด[7] นอกจากนี้ในบริบทของโรงพยาบาลมีการให้คะแนนจากเครื่องมือ check list และ Maternal warning score ซึ่งยังไม่มีความไวพอในการคัดกรองภาวะตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งยังไม่มี แนวทางในการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน[8] และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่เน้นการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะที่ 3 ของการคลอด จนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาอยู่ในห้องคลอด แต่อุบัติการณ์มักเกิดขึ้นได้จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด (Miller et al., 2017)[9] ซึ่งรวมถึงระยะที่ย้ายมาที่แผนกหลังคลอดแล้ว จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดที่แผนกหลังคลอด เพื่อให้มี เครื่องมือ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท อันจะส่งผลให้มารดาหลังคลอด ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาบริบทของการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart มาเป็นกรอบในการวิจัย ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาตามบริบท และพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษา คือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากร หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 14 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้หลักการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ของตัวอย่างในการศึกษา 1) มีประสบการณ์การการทำงานในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดมากกว่า 1 ปี 2) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ของตัวอย่างในการศึกษา 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด 2) ขอยกเลิกเข้าร่วมการวิจัย 3) ย้ายหน่วยงาน หรือลาออก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการประชุมทีม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในระบบการดูแลหญิงหลังคลอดในการป้องกันการตกเลือดของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดการประมาณค่า (Rating scale) และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มี 3 ส่วน ดังนี้ลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องการดูแลมารดาหลังคลอด การปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอดโรงพยาล

ชุดที่ 2 ความพึงพอใจในการแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามคำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณา IOC (Index of Congruence) ได้เท่ากับ 0.89 เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient)[10]

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.2 ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

1.3 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับหน่วยงาน ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆเพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกระบวนการในการทำงานทุกขั้นตอน และศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ มาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ การประชุมทีมและ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ content analysis

ระยะที่ 2 เข้าสู่กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) P-A-O-R เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ขั้นวางแผน (Planning)

P1: นำข้อมูลที่ได้ร่วมวิเคราะห์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การประชุม ระดมความคิดเพื่อกำหนดรูปแบบร่วมกัน คืนข้อมูลให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับรู้สถานการณ์ร่วมกัน

P2: การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยระบุกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย

ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) การปฏิบัติตามแผน นำรูปแบบแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอด ไปปฏิบัติจริง Implement ตามแผนที่ได้วางไว้

ขั้นสังเกต (Observation) ประเมินติดตามรูปแบบ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามกำกับ ประเมินผลร่วมกัน

ขั้นสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ (Reflection) นำผลที่ได้จากการสังเกต ประเมิน สรุป และสะท้อนข้อมูลที่ต้องมีการปรับปรุงหรือปรับรูปแบบ ให้กับทีม เพื่อนำเข้าสู่ กระบวนการพัฒนา อีกรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่การศึกษา ได้แก่ ลักษณะของหน่วยงาน กระบวนการและขั้นตอน ข้อมูลสถิติและปัญหาด้านต่าง ๆ ในหน่วยงาน เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม 2 ชุด โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ทำหนังสือประสาน ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบกระบวนการและขั้นตอนในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำหนังสือขออนุญาต Try Out การวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อหา Situation Analysis แบบบันทึกรายงานการประชุม เพื่อกำหนด Action Plan แบบสรุปการถอดบทเรียน กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลหญิงหลังคลอดในการป้องกันการตกเลือด โรงพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการ

นี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการเป็นอาสาสมัครได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ ทดสอบ Paired t-test **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งต้องเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA No.044-2024

ผลการศึกษา

1. การศึกษาบริบทของการพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาพบว่า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 570 เตียง หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด มีจำนวนมารดาหลังคลอดเฉลี่ย 615 รายต่อปี มีทั้งมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และที่ผ่าคลอดทางหน้าท้อง ทั้งนี้จากการทำ Focus group เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ในปี 2566 พบมารดาตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.52พบสาเหตุเกิดจาก การมีแนวปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรมีการหมุนเวียนย้ายหน่วยงาน ทำให้บุคลากรใหม่ไม่มีทักษะในการประเมินหญิงหลังคลอด อีกทั้งประสบการณ์ในการดูแลหญิงหลังคลอดที่ตกเลือดยังมีน้อย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ การนิเทศกำกับโดยหัวหน้าตึก การมีแนวปฏิบัติที่ใช้ร่วมกัน มีระบบเฝ้าระวังที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งแผนในการส่งเสริมและให้ความรู้หญิงหลังคลอดและครอบครัว

1.1 มารดาหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29.75 ปี โดยมีอายุ 26-30 ปี และ 36 ปีขึ้น ไปร้อยละ 25 เท่ากัน เป็นส่วนใหญ่ ดัชนีมวลกายก่อนคลอดเฉลี่ย 30.5 กิโลกรัม/ม^2 โดยน้อยกว่า 30 kg/m^2 และมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2 มีร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 93.8 พบร้อยละ 62.5 ตั้งครรภ์ 2-3 ครั้ง ตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 25 ส่วนครั้งแรกร้อยละ12.5 ส่วนใหญ่ ไม่เคยขูดมดลูก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างคลอดและหลังคลอดร้อยละ 81.3, 81.3 และ 75 ตามลำดับ และใช่สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทองคิดเป็น ร้อยละ 75

1.2 พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด อายุเฉลี่ย 30.56 ปี ส่วนใหญ่ อายุ 26-30 ปี ร้อยละ 37.5 จบ การศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลทั้งหมด มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกสูติกรรมเฉลี่ย 7.43 ปี พบว่าอยู่ในช่วง 1-5 ปีและ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 เท่ากัน

2. ผลศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กระบวนการดังนี้

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action) มีทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้1) ประชุมจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการตกเลือด 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ 3) จัดทำแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 4) มีระบบการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง 5) การจัดทำ Dash bord การกำกับติดตามและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์

ขั้นปฏิบัติตามแผน 1) ประชุมจัดทำแผน ในการพัฒนาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดหน่วยงานร่วมกัน ระหว่างบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน ซึ่งพบว่าบุคลากรมีความเข้าใจ และกิจกรรม

นี้ทำให้ บุคลากรรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาหน่วยงาน 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ผลพบว่าบุคลการมีความพึงพอใจต่อการประชุม และมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น 3) จัดทำแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ผลพบว่า หน่วยงานมีคู่มือที่เป็นแนวทางใช้ร่วมกัน 4) มีระบบการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล มีระบบการนิเทศสม่ำเสมอ 5) การจัดทำ Dash bord การกำกับติดตามและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ ได้รวดเร็วและทันท่วงที และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดูแลได้ทันท่วงที

3. ผลการศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อน และหลังการพัฒนาคุณภาพแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด พบว่า การประเมินการตกเลือดหลังคลอด การเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด การปฏิบัติการดูแลการตกเลือดหลังคลอด การประเมินผลการดูแลตกเลือดหลังคลอดพบว่า ระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71 หลังการพัฒนาอยู่ ในระดับมาก ร้อยละ 92.70 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=10)

การปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การเฝ้าระวัง PPH	2.95	0.59	ปานกลาง	3.54	0.60	มาก	6.89*	<0.001
หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อ PPH	3.02	0.80	ปานกลาง	3.76	0.55	มาก	7.08*	<0.001
เกิด PPH มีภาวะช็อก	3.20	0.81	ปานกลาง	3.66	0.73	มาก	7.53*	<0.001
การให้ความรู้มารดาหลังคลอด	3.15	0.71	ปานกลาง	3.77	0.56	มาก	8.63*	<0.001
รวม	3.08	0.59	ปานกลาง	3.68	0.56	มาก	14.68	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตาม การปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการ พัฒนา พบว่า ในเรื่องการปฏิบัติการการเฝ้าระวัง PPH การปฏิบัติการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อ PPH การปฏิบัติการดูแลหญิงหลังคลอดเมื่อเกิด PPH มีภาวะช็อก และ การให้ความรู้มารดาหลังคลอด ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.08 S.D.=0.59) หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.68 S.D.=0.56) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังพัฒนา (n=10)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ด้านรูปแบบ	3.04	0.48	ปานกลาง	4.08	0.56	มาก	10.29*	<0.001
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.23	0.29	ปานกลาง	4.08	0.07	มาก	9.11*	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยสะดวก	3.31	0.56	ปานกลาง	3.92	0.47	มาก	7.20*	<0.001
ด้านผลการดำเนินงาน	3.35	0.68	ปานกลาง	4.10	0.61	มาก	7.46*	<0.001
รวม	3.18	0.43	ปานกลาง	4.03	0.46	มาก	11.64*	<0.001

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาความพึงพอใจรูปแบบการพัฒนาแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการ พัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลางกลาง ($\bar{X}$ =3.18 S.D.=0.43) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.03 S.D.=0.46) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.005

ขั้นตอนการสะท้อน จากการสะท้อนข้อมูลผลพัฒนารูปแบบแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในทีมนำทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมได้ร่วมสนทนา ถอดบทเรียน และได้รูปแบบการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่มีชื่อว่า KAMT Model ได้แก่ K=Knowledge การพัฒนาให้บุคลากรมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลหญิงหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือด A=Alert signs คือมีการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในหญิงหลังคลอด M=Management และ Monitoring คือมีการบริหารจัดการการดูแลให้ได้ตามมาตรฐานตลอดทั้งนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง T=Technology คือนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนบริบทของหน่วยงาน พบว่า มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ร่วมกันในทีมให้การดูแลหญิงหลังคลอด มีการสื่อสารแนวทาง ประสานการทำงานร่วมกัน จนได้แนวทางการดูแลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และมีการปฏิบัติตามแนวทาง บุคลากรที่ดูแลมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทาง ตลอดทั้งมีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้ อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงจาก 1.52%เป็น 0.7 % เมื่อได้พัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดนี้ ทำให้เกิดความปลอดภัยกับหญิงหลังคลอดมากขึ้น และได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ที่มีชื่อว่า “KAMT Model” พบว่าระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.70 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาและเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิวรรณ ทองยศ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลัง ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นประจำทุกปี เพื่อให้มีการนำองค์ความรู้ใหม่ๆ มาใช้ในการพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับมารดาหลังคลอด

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น หรือประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และได้การดูแลที่มีความเหมาะสมและเกิดคุณภาพ

3. ควรมีการขยายผล ไปใช้กับการดูแลหญิงหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ ที่อาจเกิดความเสี่ยงในรายโรคอื่น ๆ และขยายผลไปยังทีมให้การดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดิศกุล และ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามและสูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และ ดร.อภิชญา อารีเอื้อ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Retrieved 5 March 2020 From https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality2015/en/

2.World Health Organization.WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data; 2014.

3.World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of Postpartum hemorrhage Italy: WHO Library Cataloguing-in- Publication Deta World. 2012.

4. World Health Organization. UNICEF Trend in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division [online]. 2014 [cited 2023Jan16]. Available from: http://appswho.int/bitstream /10665/112682/ 97892451507226_eng.pdf?ua=

5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rtog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/9/OB-63020-Prevention-and-PreManagement-of-Postpartum-Hemorrage.pdf

6.ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 146-157.

7.นุชรินทร์ โกสีย์วงศานนท์, สุคนธ์ ไข่แก้ว และเบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ ที่โรงพยาบาลระดับตติภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 14(1), 25-39.

8.สถิติรายงานประจำปี. งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ .จังหวัดกาฬสินธุ์ 2566.

9.นางสุมลา พรหมมา. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้อง คลอด โรงพยาบาลบางปะกง.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

10. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, ดรุณี ยอดรัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(2):173-190.

11. สุทธิวรรณ ทองยศ. การพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลัง ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข.ปีที่ 28 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม -มิถุนายน 2562

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effect of the self-efficacy enhancement program on the promotion of language development in caregivers of children with language delays Kalasin Hospital.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

วรรณนา อุทานิตย์[1]
Wanna Outanit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล เด็กที่มีภาษาล่าช้า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีเด็กอายุ 1-3 ปี ที่มีภาษาล่าช้าที่เข้ามารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม 2567 คัดกรองด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) มีด้านภาษาล่าช้าในครั้งที่ 2 คัดเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 30 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบ ถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจงแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริพัฒนาการด้านภาษา มีคะแนนเพิ่มขึ้นจำนวน 30 คน (100%) อยู่ระดับสูง และพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 27 คน (90.00%) อยู่ในระดับสูง ผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 21.90 ($p< 0.001$) และ13.30 ($p< 0.001$) ตามลำดับ ส่วนเด็กอายุ 1-3 ปีที่มีภาษาล่าช้า ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 3.26 ($p < 0.001$) และ4.30 ($p < 0.001$) ตามลำดับ มีพัฒนาการด้านภาษาดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ,ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา,เด็กที่มีภาษาล่าช้า

Abstract

This study was one group pretest – posttest design aimed to study effect of the self-efficacy enhancement program on the promotion of language development in caregivers of children with language delays. The sample of caregivers with children aged 1-3 years with language delays who came to the Child Development Stimulation Clinic, Kalasin Hospital. The implementation period is from April to October 2024, screening with Surveillance and Development Promotion Manual (DSPM) with language delay in the second time. Data was analyzed using descriptive statistic, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics using Paired sample t-test statistics.

Results: Caregivers of children with language delays after participated in the program, they were aware of their competence in promoting language development. There was an increase in score of all 30 participants (100%) who were at a high level and 27 participants (90.00%) their behavior towards promoting language development was high. The difference in the mean score Perception of self-competence and behavior towards the promotion of language development Before and after the use of the program, were statistically significant differences of 21.90 ($p< 0.001$) and 13.30 ($p< 0.001$), respectively. In children Before and after the program ,Language comprehension and language use development there was a statistically

[1] คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

significant difference of 3.26 ($p < 0.001$) and 4.30 ($p < 0.001$) respectively. Thes is better language development

Keywords: perceived self- efficacy, Promote language development, Language delay children

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศชาติ ช่วงแรกเกิด-5 ปีช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโต ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและสติปัญญา การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะช่วงอายุ 0- 3 ปี ของเด็กที่เป็นโอกาสทองของชีวิต เปรียบเสมือนการสร้างฐานที่มั่นคง สามารถรองรับชีวิตในอนาคตต่อไปได้[1] จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ[2] จากสถานการณ์เด็กปฐมวัยในประเทศไทย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่าร้อยละ25 มีพัฒนาการไม่สมวัย ส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยด้านภาษามากที่สุด จากสถิติปี 2566 โดยพบว่าพัฒนาการเด็กไม่สมวัยที่พบมากสุดคือพัฒนาการด้านการใช้ภาษาภาษา (Expressive language: EL)ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) ร้อยละ 60.2 [3] สถานการณ์ระดับเขตสุขภาพที่ 7 จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564 – 2566 พบว่าพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้ม ลดลงคือ ร้อยละ94.70 ,ร้อยละ93.09 และร้อยละ 80.60 ตามลำดับ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คือด้านภาษาและการเข้าใจภาษา ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ[4] จากการดำเนินงาน คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2564 – 2566 มีเด็กมารับบริการทั้งสิ้น 397,364 และ 547 คน ในจำนวนนี้ พบเด็กที่มีภาษาล่าช้าจำนวน 79,91 แล 145 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 19.89,25.00 และ 26.50 ตามลำดับ[5] ช่วงอายุ ที่พบมากที่สุด 1-3 ปี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยสำคัญมีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านภาษาโดยตรง การเลี้ยงดูมีความสำคัญต่อลักษณะการตอบสนองความต้องการเด็ก ให้ความรักอย่างมีเหตุผล ส่งเสริมให้เด็กพูดและแสดงความคิดเห็นและสื่อสารเป็นคำพูดแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จะส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก หากผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ที่ดี มีความเข้าใจ ถึงความสามารถของตนเองและเป็นแรงผลักดันในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก[6] จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยังไม่มีรูปแบบหรือ โปรแกรมที่แยกเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาออกมา ยังพบว่าพัฒนาการด้านภาษานั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมมนุษย์ต้องส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง การสร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแล ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลยังมีแบบแผนการดูแลที่เหมือนเดิม ปล่อยเด็กดูจอทีวีโทรศัพท์ ปล่อยเด็กเล่นคนเดียว และไม่ได้ฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา เพิ่มเติม ส่งผลให้พัฒนาการเด็กคงเดิม เพื่อให้การฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กและส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กให้มีความมั่นใจ มีพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง[7] ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลพัฒนาการเด็ก ที่มีบทบาทที่สำคัญในประเมิน ส่งเสริม ฝึกกระตุ้นพัฒนาการ และช่วยเหลือเด็ก เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างมีแบบแผนชัดเจน จึงมีความสนใจทำการวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อหาวิธีส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[8] โดย

ใช้ 4 กลยุทธ์ คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบผลความสำเร็จ (Master experience) 2) การใช้ตัวแบบ (Model) 3) การใช้คำพูด ชักจูง (verbal persuasion) 4) ภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional states) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าหากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านั้นจะ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านเข้าใจภาษาและด้านภาษาของเด็กอายุ 1-3 ปี ก่อนและหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(one group pre - posttest design) โดยการทดลองเป็นผลของในโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลัก และเด็กอายุ 1-3 ปี ที่มีผลการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) คัดกรองพบว่าเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้แลหลัก และเด็กอายุ 1- 3 ปีที่คัดกรองด้วยคู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (DSPM) ประเมินครั้งที่ 2 มีด้านภาษาล่าช้าในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ

1. ผู้ดูแลหลักของเด็ก อายุ 1– 3 ปี และเด็กอายุ 1– 3 ปี ที่พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ตรวจการได้ยินปกติ และไม่มีภาวะโรคอื่นรวมด้วย เช่น ออทิสติก สมาธิสั้น สมองพิการ ดาวน์ซิโดม

2. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดการทดลอง

3. ผู้ดูแลหลัก อายุ 18 – 70 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

4. เด็ก ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยศึกษาจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1.1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ และเด็ก จำนวน 6 ข้อ

1.2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือ วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ[11] จำนวน 15 ข้อ

1.3. แบบสอบถามพฤติกรรมต่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของวรรณริชฎา กิตติธงโสภณ[11] จำนวน 15 ข้อ

1.4. แบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งได้นำข้อจากแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ช่วงอายุ 1-3 ปี มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพัฒนาการ 2 ด้าน คือ การเข้าใจภาษา จำนวน 13 ข้อ ด้านการใช้ภาษา จำนวน 14 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจงแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน

Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า (ตามตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์พัฒนาการพฤติกรรมเด็ก กุมารแพทย์ และอาจารย์พยาบาลสาขาเด็ก ได้ค่า CVI = 0.8 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา หาความเชื่อมั่น (Reliability)ได้ค่าเท่ากับ 0.84และ 0.81 ตามลำดับ ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ย พัฒนาการด้านเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาของเด็กส่วนแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) พัฒนาการด้านภาษาอายุ 1-3 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีค่าความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.84 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมี3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลองและขั้นดำเนิน การหลังทดลอง รายละเอียดดังนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ทบทวนวรรณกรรม ศึกษางานวิจัย และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องและประเด็นที่จะทำการศึกษา วิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ออกแบบวิธีวิจัย ออกแบบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ตรวจสอบแก้ไข เพื่อให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.2 เข้าปรึกษากลุ่มพัฒนา นวัตกรรมงานวิจัย และส่งตรวจโครงร่างงานวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1.3 หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เริ่มเก็บข้อมูลทดลองในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2.ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การดำเนินการวิจัยมีดังนี้ (ตารางที่1)

ก่อนทดลอง

1.ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก

2.ทำแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและพฤติกรรมต่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล

3.ทำประเมินพัฒนาการด้านภาษา (TEDA4I) ตามแบบประเมินพัฒนาการด้าน การเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาเด็กอายุ 1-3 ปี ของเด็ก

2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ทดลอง ครั้งที่1

1.ให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การฝึกพัฒนาการด้านภาษาที่ผ่านมา ที่เป็นสิ่งสำเร็จและไม่สำเร็จในการดูแลเด็ก กล่าวชื่นชม พร้อมส่งเสริมทักษะ ปรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาแก่ผู้ดูแล

2.ผู้ดูแล ได้รับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กตามแผนการสอน การสอนและสาธิตส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการฝึกรายบุคคล แผ่นพับการฝึกพูดเบื้องต้น

3.สร้างสัมพันธภาพกับเด็ก กระตุ้นพัฒนาการแบบรายบุคคลด้วยคู่มือเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ด้านเข้าใจภาษาและด้านภาษา

4.สอนแผนการฝึกกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล ตามแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ให้ผู้ดูแลฝึกต่อเนื่องที่บ้าน

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1) 1

1. ผู้ดูแลเล่าสิ่งที่ทำในการฝึกพูด กล่าวชื่นชม พร้อมส่งเสริมทักษะ ทบทวนการส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการฝึกรายบุคคลและการฝึกพูดเบื้องต้น

2. กระตุ้นพัฒนาการรายบุคคลด้วยคู่มือเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ด้านเข้าใจภาษาและด้านภาษา ต่อเนื่องให้คำชม เวลาเด็กทำได้

3. ให้แผนการฝึกกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล ตามแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ต่อเนื่องที่บ้าน

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 2)

1. ผู้ดูแลเล่าสิ่งที่ทำในการฝึกพูด กล่าวชื่นชม พร้อมส่งเสริมทักษะ ทบทวนการส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการฝึกรายบุคคลและการฝึกพูดเบื้องต้น

2. กระตุ้นพัฒนาการรายบุคคลด้วยคู่มือเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ด้านเข้าใจภาษาและด้านภาษา ต่อเนื่องให้คำชม เวลาเด็กทำได้

3. ให้แผนการฝึกกระตุ้นพัฒนาการรายบุคคล ตามแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ต่อเนื่องที่บ้าน

3. ขั้นดำเนินการหลังทดลอง

1. ประเมินพัฒนาการด้านภาษา (TEDA4I) ตามแบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษา อายุ 1-3 ปี

2. ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

3. ประเมินพฤติกรรมต่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผล โดยใช้โปรแกรมด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนพฤติกรรม ต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล ส่วนเด็กที่มีภาษาล่าช้า ผลลัพธ์ของพัฒนาการเด็กด้านเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติเชิงอนุมานแบบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เอกสารเลขที่โครงการวิจัย No. 039/2024

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ80 มีความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นย่าและยาย ร้อยละ 60 มีอายุช่วง 40 -59 ปี ร้อยละ 50 เฉลี่ย (อายุเฉลี่ย = 43.07 ปี S.D.= 16.37) ปี จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา – ปวส ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด รองร้อยละ43.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 66.7 (Mean= 9866.67 S.D.= 5418.572) และมีประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก อายุ 2 ปี มากที่สุดร้อย 40.0 (Mean= 2.07 S.D.= 0.86)

ข้อมูลทั่วไป ด้านเด็กอายุ 1-3 ปี ที่พัฒนาการภาษาล่าช้า ส่วนใหญ่มักพบว่าอายุเฉลี่ย (Mean = 4.96 S.D.=1.27) เดือน เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 และเพศหญิงร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับแรกของครอบครัว ร้อยละ 60.0 คลอดครบกำหนด ร้อยละ100 ประวัติการดูโทรทัศน์/โทรศัพท์ อายุ 13 เดือน – 18 เดือน ร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 2 ผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาก่อนทดลอง ค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะมากที่สุดอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 27 คน (90%) รองลงมาระดับต่ำ จำนวน 2 คน (6.7%) และหลังทดลองกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล อยู่ในระดับสูงจำนวน 30 คน (100%) (Mean 23.06 , S.D. 7.14) (ตารางที่2) ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายข้อที่ 2 พบความต่าง ท่านมั่นใจว่า ท่านปรึกษาผู้เชียวชาญเมื่อพบปัญหาเด็กล่าช้าด้านภาษา 4.60 (0.67) รองลงมาคือข้อที่3 ท่านมั่นใจว่า ท่านสามรถศึกษาหาความรู้ในการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาตามช่วงวัยก่อนลงมือปฏิบัติจริง 4.23 (0.85) และ ข้อที่12 ท่านมั่นใจว่า ท่านเล่านิทานและหนังสือประกอบภาพพร้อมตั้งคำถาม เช่น สีอะไร ตัวอะไร เป็นต้น 4.63 (0.85)

ส่วนที่ 3 ผู้ดูแลเด็กกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาก่อนทดลอง ค่าคะแนนมากที่สุดอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 25 คน (83.30%) รองลงมาระดับต่ำ จำนวน 4 คน(13.30%) และหลังทดลองพฤติกรรมของผู้ดูแล ค่าคะแนนมากที่สุดอยู่ระดับสูง จำนวน 27 คน (90% รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 3 คน (10%) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับสูง (Mean = 14.03,SD= 2.96) (ตารางที่ 3) ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายข้อที่พบมากที่สุด ข้อที่ 6 ท่านฝึกกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาในเวลา30 นาที/ครั้ง อย่างสม่ำเสมอช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น 1.93(0.37) รองลงมาข้อที่ 9 ท่านมักหยิบยืนของหรือการช่วยเหลือก่อนที่เด็กจะเสนอความต้องการอะไร 2.50 (0.50) และข้อที่ 2 ท่านมีการศึกษาหาความรู้ ในการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาตามช่วงวัยก่อนลงมือปฏิบัติจริง 2.40 (0.49)

ส่วนที่ 4 ผลเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ต่อการส่งเสริมด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กทีมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กทีมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล หลังทดลองเพิ่มมากขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 48.8, SD = 6.60 และ Mean = 70.7, SD = 3.38, p-value <0.01) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม ต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล หลังทดลองเพิ่มมากขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 28.0, SD = 3.30 และ Mean = 41.3, SD = 1.58, p-value <0.01) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	t	P - value	95%Cl
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	48.8 (6.50)	70.7 (3.38)	21.90	14.44	0.001*	18.79 – 25.00
พฤติกรรม	28.0 (3.30)	41.3 (1.58)	13.30	23.43	0.001*	12.13 –14.46

*P – value < 0.05

ส่วนที่ 5 เด็กอายุ 1-3 ปี พบว่า พัฒนาการด้านภาษาเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการการใช้ภาษา มีพัฒนาการเพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พัฒนาการด้านเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษากลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	t	P - value	95%Cl
ด้านการเข้าใจภาษา	6.33 (2.36)	9.60 (2.25)	3.62	13.37	0.001*	2.76-3.76
ด้านการใช้ภาษา	4.63 (2.11)	8.93 (2.91)	4.43	10.78	0.001*	3.48-5.11

*P – value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า หลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้ามีสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 30 คน (100%) (Mean 23.06 , SD 7.14) ภายหลังใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริบังอร นิลผาย (2567) การทดลอง พบว่า มารดาที่มีบุตรสงสัย พัฒนาการล่าช้ามีสมรรถนะของในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน17 คน (56.70%) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01) [9]

2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงจำนวน 27 คน (90%) (Mean = 14.03,SD= 2.96) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรินทร์พร มะชะรา และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลและพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่งจังหวัดอุดรธานี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับดีมาก (Mean=3.22, SD=0.78) และระดับพฤติกรรมผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (55.74%) [10]

3. เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กด้านภาษาก่อนหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา และด้านการใช้ภาษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p <0.01) แสดงว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้าดีกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรภา ณ พัทลุง.ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้า ที่มารับบริการ

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพูด มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[7]

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมผู้ดูแลและเด็ก ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นหรือสมวัย อธิบายได้ว่า การนำแนวคิดของแบนดูลา ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้ 4 กลยุทธ์ คือ 1) ให้ผู้ดูแล เรียนรู้การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาจากต้นแบบ คือ จากการสาธิตของผู้วิจัย 2) ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาด้วยตนเอง 3) ใช้คำพูด ชักจูงให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง และ 4) ลดปัจจัยที่กระตุ้นอารมณ์ทางลบของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จได้ และค้นหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติงาน ควรนำโปรแกรมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้แห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ผู้ดูแลเด็กที่มีการพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ไปใช้อย่างต่อเนื่องในการให้บริการสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีภาษาล่าช้า

2. ควรมีการทำการวิจัยโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้แห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์เฉพาะด้านพัฒนาการและพฤติกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยอ่านงานวิจัย ให้ข้อมูล ที่ให้การสนับสนุน และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ บัวอิ่น.การศึกษาปฐมวัยและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในประเทศกำลังพัฒนา : หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย. 2560
2. กระทรวงสาธารณสุข.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุข 2565 [อินเตอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]เข้าถึงได้จาก:https://nich.anamai. moph.go.th /th/kpr66/download?id=100241&mid=37540&mkey=m_document&lang=th&did=30983
3. ธีรชัย บุญยะลีพรรณ. ผลสำรวจล่าสุดกรมอนามัย สอดคล้องผลวิจัยกสศ.พบ 1 ใน 4 เด็กปฐมวัยพัฒนาการล่าช้า ชี้โจทย์สำคัญเปิดเทอมใหม่ 2/2565 [อินเตอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2567] เข้าถึงได้จากhttps://www.eef.or.th /news-tsqp-011122/
4. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 เขตสุขภาพที่7 กระทรวงสาธารณสุข , 2566
5. งานสถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567] สืบค้นจาก : ระบบรายงานข้อมูล Hos - xp โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
6. นาตยา สุดจ้อย, และธนัช กนกเทศ.ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองกับระดับพัฒนาการเด็ก 3–5 ปี อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย, 2561.
7. จีรภา ณ พัทลุง.ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง,2566

8. Bandura, A. (1997). Self- efficacy: The exercise of control. New Jersey: W.H. Freeman
9. ศิริบังอร นิลผาย.ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลอาจสามารถ, 2567
10. ชรินทร์พร มะชะรา และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลและ พัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลแห่งหนึ่งจังหวัดอุดรธานี.
11. วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 1- 3 ปี โดยผู้ปกครองผ่านโมบายแอพพลิเคชั่น.2565

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Effects of Self-Management Behavior Promotion Program on Blood Sugar Levels of Elderly People with Diabetes, Tha Ngio Sub-district, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์[1]กรรณิกา บุญบวร[2]ภาภัทร์ศิริ อินทรปฐม[2]โชติกา เพชรเลิศ[2]
Thanarat Suphakanaraset[1], Kannika Boonbaworn[2], Phaphatsiri Inthrapathom2, Chotika Petchlert2

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในเขตพื้นที่ รพ.สต.บ้านป่ายาง ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 24 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละของข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และสถิติ paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.70 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.50 และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.50 จากการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง สิ่งชักนำและการรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าการทดลองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) และค่าเฉลี่ยสิ่งชักนำและการรับรู้อุปสรรคหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research is a quasi-experimental research to compare the level of knowledge, awareness, and self-care behavior of elderly people with diabetes before and after participating in the program in the area of Ban Payang Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Ngio Subdistrict, District. City, Nakhon Si Thammarat Province, numbering 24 people, collecting data using questionnaires with a sample group. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage of age, weight, height, waist circumference, and paired t-test statistics to compare the average knowledge about diabetes—perception of risk and severity Perception of obstacles, and health behavior.

The research found that the sample group had a high level of knowledge about diabetes at 91.70%. Their level of awareness of the risk and severity of diabetes was high at 87.50% and the level of Overall self-care behavior of the elderly with diabetes was at a high level of 62.50% from the analysis of the results of the

[1] อาจารย์ประจำหลักสูตร วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

[2] นักศึกษาหลักสูตร วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

comparison of diabetes knowledge. Perception of risk opportunities Induces and Perceived Obstacles Health behaviors and blood sugar levels of people with diabetes found that knowledge about diabetes Perception of risk opportunities Health behaviors were significantly higher than the experiment and blood sugar levels after the experiment were significantly lower than before the experiment ($P < .05$), and the mean inducers and perceived obstacles after the experiment were not different from those before the experiment.

Keywords: Diabetes, self-management behavior, elderly.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุกๆ 1 นาที และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป[1] ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท และเท้าเป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุก ๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน โดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน โรคเบาหวานเป็นภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง[2] และส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวจากโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาอย่างยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบมากที่สุดในประเทศไทยประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการเสียสมดุลของการใช้น้ำตาลในเลือด ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินในร่างกาย ทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเท้า ไต ตา ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือดสมอง อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการป่วยและตายก่อนวัยอันควร ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังตามมา[3]

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 27,266 คน ในอำเภอเมืองมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4,999 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายางมีจำนวน 25 คน เป็นผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หรือมีระดับน้ำตาลสูงทั้งหมดและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน[4] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ

ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม เพื่อที่จะนำผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้เพื่อศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเป็นแนวทางในส่งเสริมการดูแลและป้องกันของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 24 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลาก โดยสุ่มเลือกมา 1 แห่ง จาก 3 แห่ง ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายางซึ่งมีประชากรทั้งหมด 25 คน และมี 1 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเลือก โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน 4) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพลภาพ หรือมีความบกพร่อง ทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 6) ผู้ที่มารับบริการยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 7) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การยุติ

1. มีภาวะแทรกซ้อนขณะดำเนินการวิจัยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการปรับแผนการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามทั่วไป จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว เพศ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ประวัติการเป็นเบาหวานของเครือญาติ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล วิธีการรักษาปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติ การตรวจค่าระดับน้ำตาล สถานที่ที่ไปรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแล สุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ

1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 32 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าค่า IOC ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.94 จากนั้นนำแบบสอบถาม ได้นำ Try out กับกลุ่มผู้ที่มารับมา

บริการที่เป็นโรคและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89

โปรแกรมการทดลอง

ผู้วิจัยทำการประเมินกลุ่มผู้ป่วยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - มิถุนายน 2567 จำนวน 24 คน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.ป่ายาง ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างความรู้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที ที่รพ.สต.บ้านป่ายาง ผู้วิจัยและผู้ช่วยสอน สอนรายกลุ่ม 24 คน เพื่อพัฒนาความรู้ ได้แก่ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักโภชนาการ การรับประทานยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การเฝ้าระวังติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งระบุปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน ผู้วิจัยร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้หลัก 3อ.2ส.

สัปดาห์ที่ 2 , 3 และ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พร้อมพูดคุย ถ้ามีปัญหาให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5 , 6 และ 7 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้และช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 `การนัดครั้งสุดท้ายหลังทดลองโปรแกรมครบ 2 เดือน ตรวจค่าน้ำตาลในเลือดที่รพ.สต.บ้านป่ายางโดยเจ้าหน้าที่อนามัย หลังการทดลองโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยประเมินผลหลังการทดลองใช้โปรแกรมก่อนยุติการทดลอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละของข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-testในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

จริยธรรมงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช เลขที่ REC 022/66 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.96 ปี (SD = 6.84) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.20) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.80) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.80) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54.20) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาท (ร้อยละ 37.50) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 54.20) ระยะเวลาในการป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่ไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลนอกเหนือจากการใช้ยา (ร้อยละ 87.50) รักษาโดยใช้ยาเม็ด (ร้อยละ 95.80) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 100) มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน (ร้อยละ 95.80) และได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 100)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมไม่แตกต่างกัน ก่อนการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ $\bar{x}$ = 0.81 , S.D. = 0.14 และหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ $\bar{x}$ = 0.90 , S.D. = 0.14 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.70)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = *0.67 , S.D. = 0.22*) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 0.79 , S.D. = 0.15) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.50)

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติของการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = *0.79 ,S.D. = 0.15*) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติของการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 0.86 , S.D. = 0.11) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.80)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการบริโภคอาหารโดยรวม หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าก่อนการทดลอง($\bar{x}$ = 2.32 , S.D. = 0.42) และ ($\bar{x}$ = 2.51 , S.D.=0.45) ตามลำดับ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ด้านการออกกำลังกายโดยรวมหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$=2.43 , S.D.=0.50) และ ($\bar{x}$ = 2.47 , S.D.=0.55) ตามลำดับ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ด้านการใช้ยาโดยรวมหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 2.56 , S.D. = 0.38) และ ($\bar{x}$ = 2.56 , S.D.= 0.40) ตามลำดับ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงสิ่งชักนำและการรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value<.05) ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison of means and standard deviations of knowledge, perception, and perceived obstacles. Behavior and blood sugar of diabetic patients before and after the experiment.

Variables	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
Knowledge					
Before (n=20)	9.75	1.800	23	2.655	.014
After (n=20)	10.79	1.693			

Table 1 Comparison of means and standard deviations of knowledge, perception, and perceived obstacles. Behavior and blood sugar of diabetic patients before and after the experiment.

Variables	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
Perception					
Before (n=20)	13.88	4.163	23	-3.254	.003
After (n=20)	16.46	2.322			
Perceived barriers					
Before (n=20)					
After (n=20)	15.08	2.827	23	-1.734	.096
	16.29	2.010			
Behavior					
Before (n=20)	74.71	2.18	23	-1.059	0.30
After (n=20)	77.96	2.62			
Blood sugar					
Before (n=20)	3.17	.963	23	5.362	.000*
After (n=20)	2.33	.761			

$p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในครั้งนี้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง รวมไปถึงความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ในส่วนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมไม่แตกต่างกัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.30 และ 91.70 (ตารางที่ 4.3) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิผกา สินธุเสน[4] ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล กองบิน บน.23 พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการอบรมที่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น วิธีการรับประทานยาเบาหวานและการแก้ไขหากลืมรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของลักษณา พงษ์ภุมมา และศุภรา หิมานันโต (2560) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทรายอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่ามีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.70 และ 87.50 (ตารางที่ 4.5) สอดคล้องกับผลการวิจัยของคำภี กลางประพันธ์และคณะ[6] ทิพย์สุดา แสนดีและคณะ[7] ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อ

โรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.20 และ 62.50 (ตารางที่ 4.9 ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ โอกาสเสี่ยงต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานในทุกรูปแบบก่อให้เกิดการตัดสินใจภายใต้ความคิดความรู้ที่ได้รับอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการมีแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มที่เชื่อว่าตนเองมีพลัง มีความสามารถดูแลตนเองให้ดีขึ้นหรือการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองนั่นเองสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง[8] ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมที่มีกิจกรรมสาธิตและสาธิตย้อนกลับการใช้เทคนิค 3 คำถาม การจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา นพเคราะห์[9] ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01ในระดับปานกลาง (r=0.54)

ข้อเสนอแนะ

1) การนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองนี้ไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น ควรทำการวิจัยซ้ำ และติดตามผลต่อไปทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและสร้างเสริมสุขภาพ

2) ควรส่งเสริมครอบครัว ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเองและช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอย กระตุ้นให้คำปรึกษาและแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

3) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ: มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับบูรณาการระหว่างกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
2. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562;25(2):87-103.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/2016/mission/activity-detail.php?id=14016&tid=31,29&gid=1-015-009
4. ศศิผกา สินธุเสน. ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบิน บน. 23. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2559;24(1):57-64.

5. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ศุภรา หิมานันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560;20(40):67-76.
6. คำภี กลางประพันธ์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีตามความเชื่อในความสามารถแห่งตนเองตำบลบัวงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: ม.ป.ท.; 2558.
7. ทิพย์สุดา แสนดี. ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้ำหนักและค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
8. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี 2560;45(3):509-26.
9. จริยา นพเคราะห์, โรจนี จินตนาวัฒน์, ทศพร คำผลศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร 2563;47:251-61.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

Development of a care system for elderly people at risk for stroke through the participation of the network Khok Yao Subdistrict Community Health Sai Mun District, Yasothon Province.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

วริษา ชาวชายโขง[1]
Varisa ChawchaiKhong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ จำนวน 198 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1.อบรมให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ(2อ.) 2.การเยี่ยมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน(Motivational Interviewing for NCDs;MI NCDs) โดยเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่ผ่านการอบรม MI NCDs 3.การเยี่ยมให้กำลังใจโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน หลังจากดำเนินการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, เครือข่ายสุขภาพชุมชน

Abstract

This action research aimed to 1) develop a care system for the elderly at risk of stroke with the participation of the community health network of the Ban Khok Yao Subdistrict Health Promoting Hospital, Sai Mun District, Yasothon Province, and 2) study the effectiveness of the care system for the elderly at risk of stroke with the participation of the community health network of the Ban Khok Yao Subdistrict Health Promoting Hospital. The sample group was selected by purposive sampling were 198 elderly at risk of stroke in the area. The research instruments were group discussion notes and interview forms. Data were analyzed using descriptive statistics, including means, standard deviations, frequencies, and percentages, statistics comparing knowledge and behavior before and after using paired t-test statistics at a significance level of 0.05.

The results of the study found that 1) The developed care system for the elderly at risk consisted of: 1. Stroke knowledge training Choosing the right food and exercising in the elderly 2. Motivational interviewing for NCDs (MI NCDs) by staff and village health volunteers who have been trained in MI NCDs. 3. Encouraging visits by the community health network. After conducting the research, it was found that the elderly at risk of stroke had significantly more knowledge and health behaviors (p-value <0.05).

Keywords: Stroke, Elderly at risk of cerebrovascular disease, Community health-networks

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย[1,2] มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ[1] และถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤต หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม จะส่งผลต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง สร้างภาระให้ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบหลาย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

ด้านรวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมที่ประเมินค่าไม่ได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ วัยผู้สูงอายุที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยและความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพราะจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี และหากผู้สูงอายุมีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย จะส่งผลให้เกิดภาระการดูแลของครอบครัว เกิดปัญหาในวงกว้าง และเกิดภาระของระบบบริการสุขภาพ[4]โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด ดื่มสุรา เป็นต้น[5]

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี แต่ละปีมีผู้ป่วยประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก และในจำนวนนี้มีผู้ที่เสียชีวิต 5 ล้านคน และอีก 5 ล้านคนได้รับความพิการหรือทุพพลภาพถาวร[1] สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานสถานการณ์อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564[6] คือ อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 47.8, 47.2, 52.9, 52.8 และ 55.3 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดยโสธร พบอัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 45.1, 44.7, 48.9, 42.8 และ 54.2 ตามลำดับ และยังพบอัตราตายสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10[7]

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน[8] คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด[9] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทำให้แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรกลางปี 2566 มีประชากรไทยรวมทั้งสิ้น จำนวน 65,083,836 คน ในจำนวนนี้มีผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,820,937 คน[10] หรือร้อยละ 19.70 และจากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่าประชากรกลางปี 2567 มีประชากรไทยรวมทั้งสิ้น จำนวน 64,746,141 คน ในจำนวนนี้มีผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,300,829 คน หรือร้อยละ 20.54[11] ซึ่งถือได้ว่าก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-Aged Society) คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[9] สำหรับจังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากร จำนวน 529,864 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 103,497 คน คิดเป็นร้อยละ 19.53[(11)] และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3,814 คน[12] ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 173 คน ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เป็นสังคมชนบท ความเจริญยังมีไม่มาก ปี พ.ศ. 2566 มีประชากร จำนวน 18,414 คน[13] และมีผู้สูงอายุ จำนวน 4,855 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว ตำบลทรายมูล อำเภอทรายมูล รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน มีประชากร 3,326 คน มีผู้สูงอายุ 609 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง CVD Risk จำนวน 584 คน คิดเป็นร้อยละ 95.9 พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 223 คน[3] จำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2562-2565) คือ 9, 13, 11 และ 16 ราย[14] ตามลำดับ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขั้นรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการดำเนินการแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานดังกล่าวประสบความสำเร็จเพียงบางส่วน โดยยังขาดการนำข้อมูลการคัดกรองไปสู่การวางแผนป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง[14]ในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เครือข่ายสุขภาพชุมชนต้องร่วมมือกันในการดูแล การจัดการเชิงการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งประสานร้องขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และเหมาะสมหากมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งองค์การอนามัยโลกและผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน แนะนำแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[15]และการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ[(16)] ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหา และต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

จึงศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว” ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาวะชุมชน (Community Health) สำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) ตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันในชุมชน (Promotion and Prevention) การส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลกับผู้สูงอายุ การลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และการเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) อีกทั้งจะนำไปสู่การส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มป่วยให้เข้าสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนการมีระบบรับกลับมาดูแลและรักษาต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพ โดยการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร 2..)เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน ในระยะนี้ เป็นการดำเนินงานเพื่อเตรียมทีม เตรียมพื้นที่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ **ระยะที่ 2** การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart[17] และกระบวนการมีส่วนร่วม มีอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

2. ขอบเขตการวิจัย ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัยโดยเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) โดยศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ซึ่งมีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง ขอบเขตด้านประชากรคือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงด้านสูบบุหรี่และดื่มสุรา และผู้เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 233 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุทุกคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร จำนวน 609 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดสมองที่ไม่บกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร รวมถึงสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการทำวิจัย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 198 คน

3.3 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) การสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม: โดยเชิญผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในการ~~ทำ~~ศึกษาวิจัย จำนวน 50 คน ร่วมวงสนทนาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ถอดบทเรียน และข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนคืนข้อมูลหลังดำเนินการวิจัย ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ตาม

ประเด็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ พร้อมกับบันทึกเสียงอย่างละเอียด บันทึกภาพบรรยากาศการสนทนากลุ่ม โดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง 2) การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) ระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria) ซึ่งต้องเน้นความสมัครใจ ความพร้อม และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

3.4 ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน และระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart[17] และกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการในเดือน เมษายน - สิงหาคม 2567

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยเชิญเครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน เข้าร่วมวงสนทนาวิเคราะห์สถานการณ์ ถอดบทเรียน พัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยพัฒนาจากขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2560)[18] ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ตัวเลือกแบบถูกผิด จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 3) แบบวัดพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เลย = ไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลย, น้อย = ทำพฤติกรรมนั้นเล็กน้อย หรือนาน ๆ ที หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์, ปานกลาง = ทำพฤติกรรมนั้นปานกลาง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และ มาก = ทำพฤติกรรมนั้นทุกวัน หรือแทบทุกวัน หรือ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ได้นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลทรายมูล ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติการวิเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)ความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และได้ค่า CVI = 0.95 และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลทรายมูล จำนวน 30 คน และได้ค่าความเชื่อมั่น Ralaibility Alpha = 0.86 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1981)[19] คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้ค่าสถิติ Paired T-Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5. จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6707 ลำดับที่ 6707/2567 ลงวันที่ 19 มกราคม 2567 (19 มกราคม 2567 – 19 มกราคม 2568)

ผลการศึกษา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน 1.1) การคัดกรองผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 609 คน ได้รับการคัดกรอง 584 คน เป็นกลุ่มเสี่ยง 223 คนคิดเป็นร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.2 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 68.2 (median 67, min 60, max 85) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.3 อาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ปศุสัตว์ ร้อยละ 74.2 รายได้อยู่ระหว่าง 600-1,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ

67.7 ผลการประเมินผลความรู้เกี่ยวปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและความรู้เกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 1.2) สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน จากการทบทวนเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องและการสนทนากลุ่ม พบว่าพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท การคมนาคมสะดวก ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ สำหรับปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่มพบว่า 1) ผู้สูงอายุหรือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง และสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ เช่น ไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ไม่ทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง 3) การเข้าถึงบริการ 1669 ได้ช้า 4) ภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้เสียยังไม่ค่อยเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 5) อุปกรณ์ในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีไม่เพียงพอ ข้อมูลในช่วง 6 เดือนก่อนการวิจัยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย โดยเรียกใช้ 1669 จำนวน 4 ราย แต่ยังพบว่ามีการเรียกบริการ 1669 ล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบสัญญาณโรคหลอดเลือดสมองและคิดว่าไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรง การดำเนินงานที่ผ่านมามีบุคลากรที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการดำเนินงานคัดกรองและสำรวจข้อมูล แต่ยังไม่ครอบคลุม ขาดการนำเอาข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ระบบส่งต่อยังมีช่องว่างในการดำเนินงาน ไม่ทราบช่องทางการสื่อสาร การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนยังไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถสื่อสารติดต่อขอความช่วยเหลือได้

2) ระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว ผลการสังเคราะห์รูปแบบ คือ PMRSM Model ได้แก่ P= Prevention การป้องกันและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุได้รับตรวจสุขภาพประจำปี อบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพิ่มผัก ผลไม้ และลดเกลือ ลดไขมัน รวมทั้งจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ(2อ.) การเลิกบุหรี่และงดการดื่มแอลกอฮอล์ M = Medical Management การดูแลทางการแพทย์ ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน การเรียนรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการโทรขอความช่วยเหลือ (1669) ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉิน R = Rehabilitation การฟื้นฟูสมรรถภาพกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว กิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยปรับตัวในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนจิตใจการเยี่ยมบ้าน เสวนาเพื่อสร้างแรงจูงใจและการคลายเครียดโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน S = Social Support การสนับสนุนด้านสังคม เครือข่ายสุขภาพชุมชนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมให้กำลังใจและช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการดำรงชีวิต M = Monitoring and Evaluation การติดตามและประเมินผล เยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน 2 เดือน/ครั้ง MI โดย อสม.ที่ผ่านการอบรมและเจ้าหน้าที่ 2 สัปดาห์/ครั้ง ติดตามตรวจสุขภาพ บันทึกค่าความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดโดย อสม.หรือ CG ที่รับผิดชอบดูแลเดือนละ 1 ครั้ง ประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปรับแผนการดูแล ตามผลการประเมินความเสี่ยงและความก้าวหน้าในการฟื้นฟู โดย Care Manager (CM) หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดือนละ 1 ครั้ง

3) ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนวิจัยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.2 คะแนน หลังวิจัยคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 10.9 ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (2) ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรายข้อก่อนวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังวิจัยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (3) ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ก่อนวิจัยคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.3 คะแนน

หลังวิจัยคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 11.2 ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ แบ่งการสรุปและอภิปรายผลออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จแห่งในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 61.8 ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ขาดความตระหนักในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ทราบอาการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง บริบทการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ขาดการนำข้อมูลมาใช้การวางแผนดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมต่อระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม ผู้สูงอายุบางส่วนอยู่ตามลำพัง เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถสื่อสารติดต่อขอความช่วยเหลือได้ และขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เครือข่ายสุขภาพชุมชน จึงได้ระดมความคิดเห็นเพื่อวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รพ.สต.บ้านโคกยาว การประชาคม การวิเคราะห์ปัญหา และจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหา โดยมีการระดมทรัพยากรและบูรณการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานนี้มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ เป็นการส่งเสริมหรือพลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดชุมชนเป็นฐาน หรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) ที่มุ่งทำงานกับชุมชนและหน่วยงานที่มีในชุมชนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานและรับประโยชน์[22] ซึ่งจะทำให้ดำเนินงานตรงกับสภาพปัญหาของชุมชนและการดำเนินงานมีความยั่งยืนและยังสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินงานจากการศึกษาของ ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช[23] ในประเด็นการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปะราลี โอภาสนันท์ และคณะ[24] ในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดย อสม. การจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การมีระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในรูปแบบของคณะกรรมการ การมีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ระบบที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพตามกรอบองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6+1 ส่วน (*Six Building Blocks plus)* ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และมีความยั่งยืนในการดำเนินงาน[25] และยังสอดคล้องกับแนวคิดของการสาธารณสุขแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงบทบาทภาคส่วนต่าง ๆ พร้อมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน[26] อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพชุมชน ไม่มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ชัดเจน เพียงแต่รูปแบบการดำเนินงานจากการศึกษานี้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียตระหนักและมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

2) ผลของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ และได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการกินอาหารที่ถูกต้องและการออกกำลังกาย(2อ.) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มีช่องทางเพื่อช่วยให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และหากเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver; CG), ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM), อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Care Giver; CCG)และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) หลังวิจัยพบว่าผู้ที่มีส่วนได้

ส่วนเสียเข้ามามีส่วนพัฒนาระบบการดูผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลดังกล่าวรอาจเป็นเพราะระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นนี้ มีกิจกรรมหรือกระบวนการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ และยังส่งเสริมหรือผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี บุญมี และคณะ[27] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พื้นที่จังหวัดสุรินทร์ แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยดา ดาหาร และ เจทสริยา ดาวราช[23] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งหลังการดำเนินการผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ได้ซึ่งก่อนการดำเนินงานควรมีการวิเคราะห์บริบทหรือปัญหาพร้อมทั้งการเตรียมชุมชน เช่น การทำประชาคม เพื่อสร้างการยอมรับและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผลจากการศึกษานี้ เป็นเพียงความสำเร็จในระยะสั้น ด้านการวัดและประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การวิจัย การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการติดตามและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และปรับปรุงให้เหมาะสมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ ความเสียสละ ทุ่มเท และความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ กำนันผู้ใหญ่บ้านที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชนขึ้น โดยมีการส่งเสริมการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชน และมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันจากหลาย ๆ ภาคส่วน ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของระบบสุขภาพตามกรอบองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6+1 (*Six Building Blocks plus*) ประเด็นที่ 6 คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดชุมชนเป็นฐานหรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) รวมทั้งแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม การให้บริการด้วยจิตอาสา และความเข้มแข็งในการดำเนินงาน สอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาของสุปราณี บุญมี และคณะ[27] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดสุรินทร์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ควรมีนโยบายและมีการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดพลัง ความร่วมมือจากประชาชน และทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืน 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ควรมีการประชาสัมพันธ์บทบาทของกองทุนตำบลเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการและงบประมาณได้ เช่น กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care;LTC)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล ควรนำเอาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว ควรมีการจัดเวทีสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลประชาชนด้านอื่น ๆ ให้ครบทุกมิติ

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

1) หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อัตราความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อการวางแผนและประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 2) โรงพยาบาลอำเภอทรายมูลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้ง ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารของโรงพยาบาลทรายมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือช่วยเหลือตลอดการวิจัยจนสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Stroke, Cerebrovascular accident. 2021.
2. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. 2562.
5. ชูชาติ กลิ่นสาคร, สุยถิน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62–77.
6. สมศักดิ์ เทียบเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. 2566;39(2):39–46.
7. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559 -2563. 2565.
8. วิชช์ เกษมทรัพย์. ไทยพร้อมหรือไม่ กับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรกลางปี [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/mid-year-population/
11. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติจำนวนประชากร [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบปกติ รอบที่ 2/2565. 2565.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2564. 2564.
15. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.
16. สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์. ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับชุมชนแบบบูรณาการ. 2566.
17. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University Press; 1990.
18. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):129–37.
19. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
20. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2560.
21. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 3อ 2ส รหัสป้องกันโรค [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th
22. รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(33):11–22.
23. ทิพยาภา ดาหาร, เจทสริยา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(3):42–54.
24. ปะราลี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ, สุนีย์ ปัญญาวงศ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(2).
25. สงครามชัย ลีทองดี. การจัดการระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
26. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี; 2566.
27. สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, สุพิตรา เศลวัตนะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):38–49.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย
Development of nursing model for patients with osteoarthritis in Raj Pracha Samasai Institute.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

นพพร ศรีคำบ่อ[1] วิชชุดา ศรีจรงค์[1] นริศรา รุจิโรจน์จินดา[2]
Nopporn Srikombo[1], Wichuda Sricharong[1], Narisara Ruchirochanchinda[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะที่ 2 ปฏิบัติการร่างรูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ ระยะที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ประชากรเป้าหมายการวิจัยประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรวมทั้งหมด 36 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยมีดังนี้ (1) การวิจัยครั้งนี้ได้สร้างและพัฒนา OA KNEE Model ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ (2) ผู้ป่วยร้อยละ 93.3 มีอาการปวดลดลงจากเดิม 2 ระดับ ไม่พบผู้ป่วยร้อยละ 96.6 มาตรวจก่อนนัด ซึ่งเป็นไปตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (3) ผู้ให้บริการมีคะแนนพึงพอใจเฉลี่ย (Mean = 4.16, SD = .46) คะแนนการยอมรับเฉลี่ย (Mean = 4.16, SD = .75) ซึ่งเป็นระดับมาก ส่วนกลุ่มผู้รับบริการมีคะแนนพึงพอใจเฉลี่ย (Mean =4.20, SD = .55) คะแนนการยอมรับเฉลี่ย (Mean = 4.20 , SD = .55) ซึ่งเป็นระดับมากเช่นกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม, OA KNEE Model, สถาบันราชประชาสมาสัย

Abstract

This research aimed to develop a nursing model for patients with osteoarthritis of Raj Pracha Samasai Institute. By using the action research model, which comprised of 4 stages. Stage 1 : Understanding the problems and nursing models for patients with osteoarthritis. Phase 2 : Drafting the model. Phase 3 : Testing the model. Phase 4 : Evaluating the results of implementing the model. The target population of this research were orthopedic surgeon, professional nurses, physical therapists, and patients with osteoarthritis, totally 36 persons. All data were collected by the research team. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by the content anlysis.

The results of this research were as follows. (1) This research had established and developed OA KNEE model for osteoarthritis patients that could be practically used, as it was appropriate for the context of RPSI. (2) Morer than ninety per cent (93.3 per cent) of the patients had their pains reduced by 2 levels. All most of the patients (96.6 per cent) did not come for a check-up before the appointment met the target and did not had any complications. (3) The service providers had overall average scores of satisfaction with mean = 4.16 , SD = .46 , and scores of acceptance with mean = 4.16, SD = .75, (a high level). The service recipients were satisfied with mean = 4.20, SD = .55), while the acceptance scores with mean = 4.20 , SD = .55 (a high level) as well.

Keywords : Osteoarthritis patients, OA KNEE Model, Raj Pracha Samasai Institute

[1] กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
[2] กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรค ข้อเสื่อม (Osteoarthritis) 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ตัวบ่งชี้ที่เห็นได้ชัดจากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อของประเทศปี 2564 มีจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน พบว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอับดับ 1[1] ซึ่งโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังสูญเสียการเคลื่อนไหว มีอาการเดินไม่สะดวก ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ มักหลีกเลี่ยงการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุมักเลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อจึงมีแนวทางการรักษา ที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการขยับร่างกาย ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า บรรเทาความรุนแรงของโรค ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น โดยการรักษาที่ใช้ยาและการรักษาที่ไม่ใช้ยา[2] ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ต้องรักษาแบบประคับประคอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่ให้เกิดอาการปวดและการเสื่อมของข้อเข่าเพิ่มขึ้นกว่าเดิม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขโดยไม่ต้องเข้ารับการผ่าตัด และไม่มีความพิการของรูปร่าง ทั้งนี้เพราะโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันอย่างยิ่ง ถึงแม้โรคนี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต แต่ทำให้ทุกทรมานจากการเจ็บปวด หรืออาจพิการได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงตนอยู่สังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจากการศึกษา พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อมไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการจัดการตนเองดีขึ้นและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[3]

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบ 1 ใน 5 อันดับแรกของหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ สถาบันราชประชาสมาสัย โดยปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2,845 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.6 ปี 2565 จำนวน 1,957 ราย ร้อยละ 41.6 และในปี 2566 จำนวน 2,082 ราย ร้อยละ 35.7 ที่ผ่านมาสถาบันราชประชาสมาสัยให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ โดยแต่ละวิชาชีพจะดูแลผู้ป่วยเฉพาะส่วนของตนเองไม่มีการเชื่อมต่อระหว่างสหสาขาวิชาชีพ สำหรับพยาบาลให้การดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก 3 คนต่อการให้บริการผู้ป่วย 50 -60 คนต่อวัน จำเป็นต้องซักประวัติคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษากับแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อได้รวดเร็ว ในการให้คำแนะนำไม่มีเอกสารแนะนำเรื่องโรค การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือการติดตามอาการปวดจะติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเท่านั้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเท่าที่ควรต้องมารักษาก่อนนัดในปี 2564 จำนวน 46 ราย ปี 2565 จำนวน 46 ราย ปี2566 จำนวน 535 ราย ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาก่อนนัด พบว่ายังไม่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น เช่น นั่งงอเข่า นั่งพับเพียบ นั่งสมาธิ ขึ้นลงบันได 2 ชั้น ใส่รองเท้ามีส้น และเดินนานเกิน 1 ชั่วโมง

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุประกอบด้วยการคัดกรอง ส่งเสริมป้องกัน ติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้ระดับความปวดลดลง[4] ผู้วิจัยในฐานะ หัวหน้าหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งเป็นผู้หนึ่งในทีม

สุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงทำการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในสถาบันราชประชาสมาสัย ด้วยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสถาบันราชประชาสมาสัยจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แบบองค์รวมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามปัญหาของปัจเจกบุคคลจาก สหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวด อันเป็นการส่งผลให้คุณภาพชีวิต ดีขึ้นสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังสามารถลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมารักษาได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย

วัตถุประสงค์รอง 1) เพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน และปัญหารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย 2) เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้นฯ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้นฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเพื่อสร้างระบบปฏิบัติงาน ดังนั้น ความพร้อมของสถานที่วิจัย ที่มีองค์ประกอบของสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อมีความพร้อม ยอมรับในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาที่เกิดจากโครงการวิจัย ระยะเวลาทำวิจัย 5 มีนาคม – 10 ตุลาคม 2567 กระบวนการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้[5]

ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหา เพื่อเข้าใจรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1) สัมภาษณ์เชิงลึก 2) วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 1) กำหนดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2) กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 4) สร้างคู่มือปฏิบัติงานฯ และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 5) กำหนดขั้นตอน วิธีการรายงานและการกำกับติดตาม

ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น 1) สื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ นักกายภาพบำบัด 2) ปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและรวบรวมปัญหา ปรับปรุงแก้ไข 2 รอบ 3) ดำเนินงานตามรูปแบบฯ ใหม่ เพื่อการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1) ประเมินด้านการยอมรับที่สามารถปฏิบัติได้จริงและความพึงพอใจในรูปแบบ 2) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3) คืนข้อมูลให้อาสาสมัครรับทราบเพื่อการยอมรับรูปแบบฯ

ประชากรเป้าหมายการพัฒนา ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบประคับประคอง 2 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน 2) หัวหน้าแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และมี

อำนาจตัดสินใจในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการวิจัย 1 คน 3) นักกายภาพบำบัด ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย แบบประคับประคอง 2 ปี จำนวน 2 คน 4) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และมีเวลาให้ข้อมูลการพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบฯ 30คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือการวิจัย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 3) นักวิจัย 4) แบบสอบถามการยอมรับ และพึงพอใจ 5) แบบตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 6) แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ประสานงาน นัดวัน สัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยไม่กระทบการให้บริการของสถาบันราชประชาสมาสัย 2) สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในที่รโหฐาน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของคณะผู้วิจัย 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 4) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม 5) เก็บรวบรวมจากแบบสอบถาม และแบบตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 6) คัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยไม่เข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ IBM SPSS Statistics 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การพิจารณาระดับการยอมรับและความพึงพอใจ การแปลความหมายของค่าคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ ดังนี้ [6]

ค่าเฉลี่ยระหว่าง1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง1.51 – 2.5 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง3.51 – 4.50 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์การตัดสิน มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ในงานวิจัยชิ้นนี้พิจารณาจากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1.00 ถือว่าผ่านการประเมิน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทุกครั้ง คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในลักษณะ การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดย (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ ได้มาจากแหล่งต่างๆ ทั้งแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่และบุคคล (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) จะเน้นการตรวจสอบจากคณะผู้วิจัยว่าได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จะสรุปเป็นประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) การจัดกระทำข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยจะถอดเทปที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก ชนิดคำต่อคำ จัดระเบียบข้อมูล บรรณาธิกรข้อมูล วิเคราะห์และตีความสิ่งที่สังเกต จัดทำแฟ้มข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์อย่างเป็นระบบ (2) ให้รหัสข้อมูล โดยแยกย่อยข้อมูลดิบ สรุปสาระของข้อมูลให้เห็นว่าแก่นคืออะไร แล้วสรรหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็น มีผลโดยตรงต่อการตอบคำถามการวิจัย มาจัดระเบียบโดยการย่อ ลดทอนข้อมูลลงให้อยู่ในรูปของแนวคิด (3) การวิเคราะห์ตีความและการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ขณะที่ตีความจะคำนึงถึงโจทย์วิจัยเสมอ[7]

จริยธรรมการวิจัย

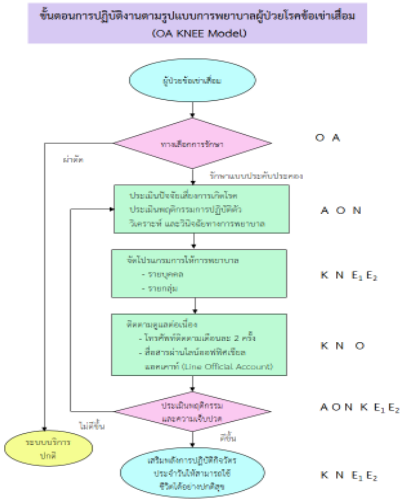
ประเด็นด้านจริยธรรม เนื่องด้วยผู้วิจัยเป็นหัวหน้าหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจ เหมือนถูกบังคับ จึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อทำหน้าที่ขอคำยินยอมและนำแบบสอบถามความพึงพอใจให้อาสาสมัครตอบ โดยผู้วิจัยจัดอบรมความรู้เรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอม แก่ผู้ช่วยนักวิจัย และมีการบันทึกมอบหมายงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างการวิจัยอาจกระทบกับภาพลักษณ์และการให้บริการผู้ป่วยของสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และเขียนผลการวิจัย ต้องคำนึงถึงภาพลักษณ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย รวมถึงระหว่างการทำวิจัยจะคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบบริการของสถาบันราชประชาสมาสัย และไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่ 3 ที่อาจถูกอ้างถึงข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ นำเสนอเป็นภาพรวม อาสาสมัครมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือการกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมปฏิเสธการตอบคำถาม และการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือการให้บริการทางสุขภาพแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน และปัญหารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลเฉพาะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีนวัตกรรมช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ที่ผ่านมาพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เนื่องจากการปฏิบัติงานแต่ละวันด้วยความเร่งรีบเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงทำให้การซักประวัติก่อนพบแพทย์ยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วนที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ไม่มีติดตามดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม หรือส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ไม่พบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดมากขึ้นต้องมาตรวจก่อนนัด ทั้งนี้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความคาดหวังว่าต้องการให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานกายภาพบำบัดและหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีสื่อการสอนสำหรับการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคและอาการปวดและสร้างแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อลดความรุนแรงของโรค อันเป็นการส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุข

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยยึดผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นศูนย์กลาง คือ **OA KNEE Model** ภายใต้รูปแบบฯ มีคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โปสเตอร์ขั้นตอนปฏิบัติตาม OA KNEE Model วีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม แผ่นพับเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ไลน์ ออฟฟิศเซียส แอคเคาท์ @opdsurgrpsi ติดตามต่อเนื่อง รายละเอียดดังต่อไปนี้ **O : Organization** บริหารจัดการทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคและบริบทของผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข **A : Assessment** ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับความเจ็บปวดเข่า เพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง **K : Knowledge** ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว แยกตามความรุนแรงของโรคและบริบทของผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล ให้คำแนะนำพฤติกรรมการปฏิบัติ ด้วยนวัตกรรมที่สร้างขึ้น **N : Nursing Process** กระบวนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม **E_1 : Empowerment** เสริมกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ผู้ให้บริการเสริมพลังบวกรายบุคคลตามสภาพและปัญหาการปฏิบัติตัวของแต่บุคคล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกันในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน **E_2 : Evaluation** ประเมิน ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามอาการปวดที่ต้องมาก่อนนัด อาการปวดที่ลดลง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ด้วยไลน์ออฟฟิศเชียล แอคเคาท์ (Line Official Account)



3. ผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย

3.1 ผลการประเมินการยอมรับรูปแบบฯ

3.1.1 ผลการประเมินการยอมรับของพยาบาลวิชาชีพแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ให้บริการให้การยอมรับต่อรูปแบบฯ รายข้อในระดับมากทุกประเด็น และยอมรับรวมต่อรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นในระดับมากเช่นเดียวกัน (Mean = 4.16, SD = .75)

3.1.2 ผลการประเมินการยอมรับของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นผู้รับบริการฯ พบว่า ผู้รับบริการยอมรับต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากทุกประเด็น และยอมรับรวมต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก (Mean = 4.20, SD = .55)

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบฯ

3.2.1 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ของผู้ให้บริการ พบว่า พึงพอใจต่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, SD = .51) สำหรับประเด็นอื่นๆ พึงพอใจในระดับมาก โดย มีความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก(Mean = 4.16, SD = .46) ปรากฏ

3.2.2 ผลประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากทุกประเด็น โดยมีความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก (Mean = 4.20, SD =.55)

3.3 ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบัน ราชประชาสมาสัย ผลการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดสำคัญจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบฯผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดลดลงจากเดิม 2 ระดับ ร้อยละ 93.3 ไม่มาตรวจก่อนนัดด้วยภาวะแทรกซ้อน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนารูปแบบฯ (2566)	หลังพัฒนารูปแบบฯ (2567)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
1 ร้อยละผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดลดลงจากเดิม 2 ระดับ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 65.4	ร้อยละ 93.3	หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดลดลงจากเดิม 2 ระดับ เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนารูปแบบร้อยละ 27.9
2 ร้อยละผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมาตรวจก่อนนัดด้วยภาวะแทรกซ้อน	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25.7	ร้อยละ 0.0	หลังพัฒนารูปแบบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มาตรวจก่อนนัดด้วยภาวะแทรกซ้อน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำประเด็นที่น่าสนใจ สมควรหยิบยกขึ้นมาอภิปรายผล ดังนี้

1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริงเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยยึดผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นศูนย์กลางคือ OA KNEE Model ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หากปล่อยไว้จะเกิดความพิการจากเข่าผิดรูป ผู้ป่วยวิตกกังวล ต้องเผชิญกับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่ลดลง กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งขั้นตอนแรกของการพยาบาลตามรูปแบบคือการประเมินปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคกำเริบ หลังจากนั้นจะเป็นการวินิจฉัยบริหารจัดการด้วยกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล รายกลุ่ม ให้ความรู้การปฏิบัติตัวด้วยนวัตกรรมที่เหมาะสม มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก[8] โดยที่ O = Organization เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 1-9 A = Assessment เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา K = Knowledge เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่องมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ N = Nursing Process เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 1-9 E_1 = Empowerment เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ $E_{2=}$ Evaluation เป็นการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนการดำเนินการตามรูปแบบฯ โดยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ นักกายภาพบำบัด ทดลองใช้รูปแบบฯ ขยายผล โดยนำรูปแบบฯ คู่มือปฏิบัติงาน วีดิทัศน์ แผ่นพับ ไลน์ ออฟฟิศเชียส แอคเคาท์ @opdsurgrpsi ไปใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ดูแลตัวเองได้ บ่งชี้ให้เห็นว่า OA KNEE Model สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย สอดคล้องกับ Young- il Kim and Jeong Sook Park[9] ที่พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพข้อสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การให้ความรู้ การตั้งและบรรลุเป้าหมาย การแบ่งปันประสบการณ์ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการติดตามตนเอง และแนวทางการดูแลสุขภาพ พบว่า คะแนนหลังการทดสอบทั้งด้านแรงจูงใจส่วนบุคคล แรงจูงใจทางสังคม ทักษะด้านพฤติกรรม การจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและกำหนดมาตรฐานโปรแกรมการดูแลสุขภาพข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ งานวิจัยของ อุดมพร กาฬภักดี และคณะ[3] สนับสนุนว่า พยาบาลควร นำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการจัดการตนเองโรคข้อเข่าเสื่อมที่ดีขึ้น และ ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ นักกายภาพบำบัด ให้การยอมรับรวม (Mean = 4.16, SD =.75) พึงพอใจรวม (Mean = 4.16, SD =.46) ต่อรูปแบบในระดับมาก สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้การยอมรับรวม (Mean = 4.20, SD =.55) และพึงพอใจรวม (Mean = 4.20, SD =.55) ต่อรูปแบบในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะรูปการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ศัลกรรมกระดูกและข้อ นักกายภาพบำบัด และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นไปตามแนวคิดการมีความส่วนร่วม[10] ซึ่งการพัฒนารูปแบบ OA KNEE Model ตามกระบวนการวิจัยเกิดจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกันพัฒนารูปแบบฯ ร่วมกันพัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนาขั้นตอนบริการ ร่วมกันพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกันทดลองใช้ ร่วมกันปรับปรุงรูปแบบฯ ร่วมประเมินผล และร่วมกันรับผลประโยชน์ ทั้ง 4 ระยะของการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 ตัดสินใจ (Decision Making) ร่างรูปแบบฯ และตัดสินใจนำรูปแบบ OA KNEE Model มาใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ สถาบันราชประชาสมาสัย ระยะที่ 3 มีส่วนร่วมทดลองใช้ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไข ให้รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทดลองใช้รูปแบบตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นเป็นการประเมินผลระยะที่ 4 มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการประเมินผลรูปแบบฯ และรับผลประโยชน์ (Benefits) ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าวเป็นรูปแบบ ที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง สอดคล้องกับ วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย คำนึงถึงศักยภาพความสามารถ และความแตกต่างระหว่างบุคคล จึงส่งผลให้ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเกิดการยอมรับรวมและพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ[11] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย

พบว่า ผลลัพธ์ความพึงพอใจและยอมรับต่อระบบบริการพยาบาลครบวงจรของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจและยอมรับระบบในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[12] ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เกิดจาก OA KNEE Model พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงจากเดิม 2 ระดับร้อยละ 93.3 ไม่มาตรวจก่อนนัดด้วยภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบ KNEE Model เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการดูแลต่อเนื่องตามปัจเจกบุคคล มีการส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจด้วยกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันจนทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงวิถีชีวิตประจำวัน จึงทำให้อาการปวดลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขเพิ่มขึ้น อันเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างยาวนาน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญศิริ จันทร์แอ[13] ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเจ็บปวดเข่าลดลงผลของโปรแกรม สุขศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อลดอาการเจ็บปวดของโรค ข้อเข่าเสื่อมได้ เมื่ออาการปวดของเข่าลดลง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข สามารถไปประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ สอดคล้องกับ[14] ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P<0.05) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า ความคาดหวังผลดีในการมีพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05สอดคล้องกับ ทิพวรรณ บุญสนอง และ นุจรี ไชยมงคล[15] ที่พบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลองมีการทำงานของข้อเข่าดีขึ้น ลดอาการปวด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตในชีวิตประจำวัน (Health Related Quality of Life) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ก่อนถึงหลังการทดลองและการติดตามผล สอดคล้องกับ Bhagat M. & etc[16] พบว่าระดับอาการปวด และการกลับมาปวดซ้ำ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบ OA KNEE Model ที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีนวัตกรรมช่วยในการดูแล ได้รับการยอมรับและพึงพอใจในระดับมาก ในขณะเดียวกันก็สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ในการดำรงวิถีชีวิตประจำวัน ทั้งความเป็นอยู่ การออกกำลังกาย อันเป็นการส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่มาตรวจก่อนนัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

ความสำเร็จของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย (OA KNEE Model) เกิดจากการมีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์ กำหนดรูปแบบ ทดลองใช้ และติดตามประเมินผลรูปแบบ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ รวมทั้งผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และบ่งชี้ให้เห็นว่า

OA KNEE Model สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบประคับประคองได้ ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัย ควรพิจารณานำรูปแบบ OA KNEE Model ที่เกิดจากกระบวนการวิจัยไปกำหนดเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติจริงเป็นงานประจำในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับวิถีชีวิต เศรษฐานะ และสังคม และข้อจำกัดด้านสุขภาพของแต่ละปัจเจกบุคคล อันเป็นการส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองที่จะดูแลสุขภาพระยะยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย (OA KNEE Model) โดยออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบ Two-Groups Pretest–Posttest Control เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ OA KNEE Model กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. ควรศึกษาทดลองใช้นวัตกรรม ได้แก่ คู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ขั้นตอน แนวทาง วีดิทัศน์ ซึ่งเป็นผลผลิตที่ได้จากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น ในรูปแบบวิจัย กึ่งทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1.คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี. ป้องกันและชะลอ “ข้อเข่าเสื่อม” ก่อนวัย [อินเทอร์เน็ต]. ไทยรัฐออนไลน์; 2564 [อัปเดตปี เดือน วัน; อ้างอิง 2566 พ.ย. 6]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thairath.co.th/lifestyle/health-and-beauty/2148045

2.อรพินท์ คะเชนทร์ภักดิ์. ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าและการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการบรรเทาความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

3.อุดมพร กาฬภักดี, ขวัญใจ อำนาจสัตว์ชื่อ, พัชราพร เกิดมงคล, ทัศนีย์ รวิวรกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจังหวัดอ่างทอง. Thai J Health Educ. 2562;43(1):100-112.

4.ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):969-985.

5.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ : แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; (2567).

6.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์นการพิมพ์;(2560).

7.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; (2552).

8.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2550.

9.Young-il Kim, Jeong Sook Park. Development and evaluation of a joint health self-management program for the elderly with knee osteoarthritis in communities: applying the IMB model. J Korean Acad Community Health Nurs. 2017;28(1):55-68. doi:10.12799/jkachn.2017.28.1.55. [in Korea]

10.Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press; (1981).

11.อรอนงค์ น้อยเจริญ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565;3:28-41.

12.สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(1):25-36.

13.เพ็ญศิริ จันทร์แอ, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, พิทักษ์ชน บุญสินชัย, ศุภกร แนมพลกรัง, กาญจนา คิดดีจริง, ทัณทิกา แก้วสูงเนิน, ฯลฯ. การประยุกต์ใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองในผู้สูงอายุ บ้านหนองบัวหลวง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการเทคโนโลยีการจัดการ. 2564;2(1):30-42.

14.ปิยมน มัทธุจัด, อลิสา นิติธรรม. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษา ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2563;20(1):70-89.

15.ทิพวรรณ บุญสนอง, นุจรี ไชยมงคล. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองของหญิงวัยกลางคนที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมต่อหน้าที่การทำงานของข้อเข่าและคุณภาพชีวิต: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. J Adv Nurs. 2563;77(3):376-86.

16.Bhagat M, Neelapala YR, Gangavelli R. Immediate effects of Mulligan's techniques on pain and functional mobility in individuals with knee osteoarthritis: A randomized control trial. Physiother Res Int. 2019;24(1):1-7.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การบริบาลผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน: รายงานผู้ป่วย

The comprehensive dental care in patient that had received a preprosthetic surgery which prepared for loading single complete denture and acrylic removable partial denture with extended base: Case report.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

สินีนาถ ค้าไกล[1]
Sineenart Karglai[1]

บทคัดย่อ

การบริบาลทันตกรรมพร้อมมูลเป็นแนวทางการรักษาที่พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยควบคู่กับข้อจำกัดทางการแพทย์ สภาวะจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอการรักษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาไม่มีฟันบดเคี้ยว การตรวจช่องปากพบปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นและปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใส่ฟันเทียม แผนการรักษาเริ่มจากการควบคุมอนามัยช่องปากและรักษาโรคปริทันต์ จากนั้นจึงทำศัลยกรรมตกแต่งกระดูกเพื่อเตรียมช่องปากสำหรับใส่ฟันเทียม โดยผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นและปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้ม ภายหลังแผลผ่าตัดหายดี จึงทำฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน โดยออกแบบการสบฟันแบบได้ดุลทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเกิด combination syndrome

การติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายดี ไม่มีการอักเสบหรือการงอกซ้ำของปุ่มกระดูก ฟันเทียมมีการยึดอยู่และเสถียรภาพดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมและเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและให้ความร่วมมือในการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รายงานนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการวางแผนการรักษาแบบองค์รวมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความซับซ้อน

คำสำคัญ: การบริบาลทันตกรรมพร้อมมูล, ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม, ฟันเทียมถอดได้

Abstract

Comprehensive dental care is a treatment approach that considers patients' needs alongside their medical limitations, psychological state, and social, and economic conditions, with an emphasis on sustainable oral health maintenance. This case report presents the treatment of a 73-year-old Thai female patient with hypertension and hyperlipidemia, who sought dental treatment due to a lack of occlusal support. Oral examination revealed mandibular tori on the lingual aspect and large buccal exostoses, which posed challenges for denture fabrication. The treatment plan began with oral hygiene control and periodontal therapy, followed by pre-prosthetic surgery to prepare the oral cavity for denture placement. The surgery involved the removal of mandibular tori and buccal exostoses. After surgical wound healing, a single maxillary complete denture opposing a mandibular extended-base removable partial denture was fabricated, incorporating bilateral balanced occlusion to prevent combination syndrome.

Six-month follow-up showed good surgical wound healing with no inflammation or bone regrowth. The dentures demonstrated good retention and stability without complications. The patient achieved efficient masticatory function, resulting in improved quality of life. Furthermore, the patient developed a positive attitude

[1] กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

toward oral health care and maintained regular follow-up visits. This report highlights the importance of holistic treatment planning and continuous follow-up care in managing complex dental cases.

Keywords: Comprehensive dental care, pre-prosthetic surgery, Removable denture

บทนำ

ปัจจุบันวงการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) ซึ่งเป็นการเยียวยาดูแลความเจ็บป่วยในทุกมิติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การบริบาลทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dental care) เป็นการรักษาที่ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมเช่นกัน โดยคำนึงถึงความประสงค์ของผู้ป่วยควบคู่กับข้อจำกัดทางการแพทย์ สภาวะจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มุ่งเน้นการดำรงรักษาสุขภาพที่ดีให้คงอยู่อย่างยั่งยืน โดยใช้รูปแบบของ S-O-A-P โมเดล[1] ร่วมกับทฤษฎีและแนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ในการดูแลอนามัยช่องปากตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์[2]

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันมักประสบปัญหาในการเคี้ยวอาหาร การพูด การสื่อสาร และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความมั่นใจและภาพลักษณ์ของตนเอง ที่สำคัญคือปัญหาด้านสุขภาพจากการไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากและเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่เคี้ยวง่าย เช่น อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ[3]การฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การสร้างฟันเทียมที่มีประสิทธิภาพต้องพิจารณาปัจจัยสำคัญ 3 ประการ[4-5] ได้แก่ 1) ส่วนรองรับ (Support) ซึ่งทำหน้าที่ต้านแรงในแนวดิ่งจากการบดเคี้ยว โดยประกอบด้วยเยื่อเมือกที่ปกคลุมกระดูกและฐานฟันเทียมที่มีขอบเขตกว้างเพียงพอไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อโดยรอบ 2) การยึดอยู่ (Retention) ที่ช่วยต้านการหลุดของฐานฟันเทียมจากสันเหงือก ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านติดเนื้อเยื่อที่แนบสนิท ด้านขัดมันที่ไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อ และด้านบดเคี้ยวที่มีการสบฟันสม่ำเสมอ[6-7] 3) เสถียรภาพ (Stability) ที่ช่วยต้านการเคลื่อนที่ของฟันเทียมจากตำแหน่งเดิม โดยขึ้นกับรูปร่าง ขนาด และความกว้างของสันเหงือก

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร เช่น ปุ่มกระดูกผิวขรุขระ (exostosis) หรือปุ่มกระดูกงอก (torus) ขนาดใหญ่ อาจส่งผลกระทบต่อการใส่ฟันเทียมหลายประการ[8-10] ได้แก่ การขัดขวางการใส่-ถอดฟันเทียม การเกิดแผลกดทับได้ง่าย การรบกวนการทำความสะอาด และการขัดขวางการทำงานของลิ้นและกล้ามเนื้อ ความผิดปกติเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบดเคี้ยวที่ผิดปกติ[9] การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของกระดูกจึงมีความจำเป็นก่อนการทำฟันเทียม เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ต้องการฟันเทียมจึงต้องอาศัยการวางแผนการรักษาที่ครอบคลุม ทั้งการเตรียมช่องปากให้พร้อม การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมอย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) จำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาการรักษาแบบทันตกรรม

พร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร จากการถอนฟันที่ผุแตกหัก และปวดทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เกิดอาการท้องอืดบ่อยครั้ง ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง รับประทานยา Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง ครั้งละครึ่งเม็ด ก่อนนอน โรคความดันโลหิตสูง แพทย์แนะนำให้ควบคุมอาหารและออกกำลังกายไม่ได้รับประทานยา โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทปัจจุบันไม่มีอาการใดๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี

ประวัติทางทันตกรรมพบว่า ผู้ป่วยเคยรับการถอนฟันและใส่ฟันเทียมบริเวณฟันหน้าบน เมื่อตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน และความดันโลหิตสูงเล็กน้อย

การตรวจภายนอกช่องปากพบว่า ศีรษะใบหน้าและลำคออยู่ในเกณฑ์ปกติ การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างปกติ อ้าปาก หุบปากได้ปกติ ไม่พบการกดเจ็บของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ตรวจภายในช่องปากพบคราบจุลินทรีโดยทั่วไป เหงือกโดยทั่วไปมีลักษณะของการอักเสบหินน้ำลายเหนือเหงือกและใต้เหงือกระดับปานกลาง ร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร ที่ฟันซี่ 33, 35 พบฟันผุ 4 ซี่ และตอฟันผุ 2 ซี่ ฟันหน้าล่างยื่น ไม่สามารถระบุลักษณะการสบฟันหรือการเหลื่อมของฟันทั้งแนวราบและแนวดิ่งได้ วัดระยะปลอดการสบได้ 10 มิลลิเมตร ตรวจพบปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นบริเวณฟันซี่ 42-46 และ 31-34 ปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มบริเวณฟันซี่ 13-18 และ 23-28 ปุ่มกระดูกงอกบริเวณเพดานขนาดเล็กสันเหงือกส่วนหน้าของขากรรไกรบนละลายตัวเล็กน้อย และระดับของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้ายห้อยต่ำกว่าระดับสันเหงือกเล็กน้อย ภาพรังสีรอบปลายรากพบว่ารอยโปร่งรังสีขนาดใหญ่บริเวณปลายรากฟันซี่ 23 และ 43 ระดับกระดูกรอบรากฟันโดยทั่วไปสูญเสียกระดูกในแนวราบระดับปานกลาง

การซักประวัติเพิ่มเติมทางด้านสังคมพบว่าปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรชายและขณะรักษาบุตรชายเป็นผู้มารับ-ส่ง ซึ่งบุตรชายสะดวกในวันพุธหรือวันพฤหัสบอดี ด้านการดูแลอนามัยช่องปาก ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นเสริม จากการประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยจิบน้ำหวานตลอดทั้งวัน พบฟันผุและการสูญเสียฟันในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

ความคาดหวังของผู้ป่วยคือ สามารถเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ให้ได้มากที่สุด มีฟันเคี้ยวอาหารได้ละเอียดขึ้น และยิ้มเห็นซี่ฟัน

แผนการรักษา

ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย พึงระมัดระวังการใช้ยาชา

ด้านการควบคุมโรค เริ่มจากการฝึกปฏิบัติวิธีการใช้แปรงกระจุกทำความสะอาดรอบฟัน จากนั้นขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันก่อนทำการอุดฟัน ประเมินช่องปากอีกครั้งหลังการควบคุมโรค จากนั้นตัดแต่ง ปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้าง พร้อมทั้งถอนฟันซี่ 43 และตัดแต่งกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มในขากรรไกรบนทีละข้าง พร้อมทั้งถอนฟันซี่ 23 บริเวณฟันซี่ 35 และ 33 ซึ่งพบโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังระดับรุนแรง หลังการประเมินช่องปากวางแผนผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด จากนั้นใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน จากการพยากรณ์โรครายซี่ฟันพบว่าไม่สามารถบูรณะฟันซี่ 23, 43 ได้ และยังเป็นที่น่าสงสัยในฟันซี่ 35 เนื่องจากเข้าทำความสะอาดยากและใช้งานได้จำกัด การพยากรณ์ในภาพรวมให้เป็นระดับกลาง เนื่องจากสามารถกำจัดโรคและให้การบูรณะฟื้นฟูสภาพได้ ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ

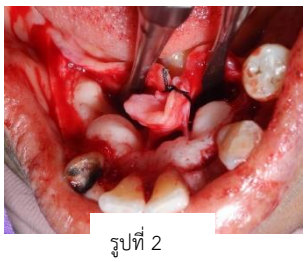
ขั้นตอนการรักษา

1. เริ่มจากซักประวัติ, ตรวจภายในและภายนอกช่องปาก, ตรวจและบันทึกสภาวะปริทันต์, ประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุ, บันทึกค่าเลือดออกเมื่อหยั่งโพรบ, ถ่ายภาพรังสีภายในช่องปากและภาพรังสีปริทัศน์ แนะนำวิธีการดูแลอนามัยช่องปากและฝึกปฏิบัติการใช้แปรงกระจุก จากนั้นขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ทั้งปากก่อนทำการบูรณะซี่ฟันที่ผุ

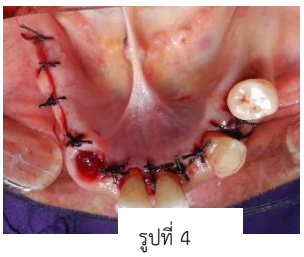
2. ประเมินสภาวะปริทันต์หลังการรักษาพบว่าร่องลึกปริทันต์บริเวณฟันซี่ 33, 35 ตื้นขึ้น จึงพิจารณาไม่ผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาดแต่เน้นย้ำและฝึกปฏิบัติการใช้แปรงกระจุกแปรงรอบซี่ฟัน

3. ผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้าง โดยฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท Inferior alveolar, เส้นประสาท lingual และเส้นประสาท Mental บริเวณด้านขวาล่างและฉีดยาชาเฉพาะที่แบบอินฟิลเตรต (Infiltration) บริเวณปุ่มกระดูกด้านซ้าย กรีดแผ่นเหงือกตามคอฟันด้านลิ้นตั้งแต่กึ่งกลางฟันหน้าถึงบริเวณฟันกรามเลยปุ่มกระดูกประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร ทางด้านหลังบริเวณที่ไม่มีฟันให้แนวมีดค่อนไปทางด้านลิ้นตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟัน เริ่มจากข้างขวาล่างต่อด้วยข้างซ้ายล่าง จากนั้นใช้เครื่องมือแซะเนื้อเยื่อค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกที่คลุมปุ่มกระดูกออกแบบเต็มส่วนให้เห็นปุ่มกระดูกตลอดทั้งก้อน หลังจากนั้นค่อยๆกรอผิวด้านบนของก้อนจากด้านหน้าถึงด้านท้ายในแนวหน้าหลังและแนวดิ่งจนถึงฐานปุ่มกระดูกด้วย หัวกรอขนาดเล็กและใช้เครื่องมือจัดฟันบิดงัดให้ปุ่มกระดูกหลุดออก แล้วใช้หัวกรอกลมและตะไบตกแต่งกระดูกให้เรียบ ล้างบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือและถอนฟันซี่ 43 วางแผ่นเหงือกกลับในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจดูไม่ให้มีเลือดคั่งและเย็บปิดแผ่นเหงือกด้วยวิธีแบบเย็บปิดทีละปม โดยเริ่มเย็บจากบริเวณกึ่งกลางของกรรไกรด้านหน้า ขณะเย็บระมัดระวังอย่าให้แผ่นเหงือกซ้อนทับหรือแยกออกจากกันมากเกินไป ม้วนผ้าก๊อซวางไว้ข้างลิ้นทั้งสองข้างเพื่อช่วยหยุดเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดและน้ำยาบ้วนปาก นัดดูอาการและตัดไหม 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด

รูปที่ 1


รูปที่ 2

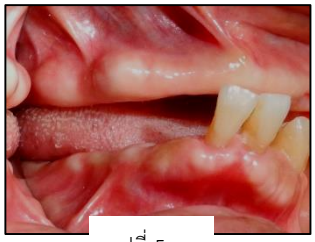
รูปที่ 3


รูปที่ 4

รูปที่ 1-4 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้าง

4. ผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนทั้งข้างซ้ายและข้างขวา เริ่มจากฉีดยาชาเฉพาะที่แบบอินฟิลเตรตที่เส้นประสาท middle superior alveolar เส้นประสาท posterior superior alveolar และบริเวณปุ่มกระดูก ฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท greater palatine กรีดแผ่นเหงือกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางสันเหงือกค่อนไปทางปุ่มกระดูก กรีดแผ่นแหงือกเลยจากขอบหน้าและขอบหลังของปุ่มกระดูกประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร จากนั้นใช้เครื่องมือแซะเนื้อเยื่อค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกที่คลุมปุ่มกระดูกออกแบบเต็มส่วน ให้เห็นกระดูกที่โป่งนูนทั้งหมด กรอตัดปุ่มกระดูกตรงกลางสันเหงือกเป็นร่องจากด้านหน้าถึงด้านท้ายในแนวหน้าหลังและแนวดิ่งจนถึงฐานปุ่มกระดูกด้วยหัวกรอขนาดเล็ก จากนั้นใช้เครื่องมือจัดฟันบิดงัด ให้ปุ่มกระดูกหลุดออก แล้วใช้หัวกรอกลมและตะไบตกแต่งกระดูก ในขณะกรอแต่งควรใช้เครื่องดึงรั้งเนื้อเยื่อกระดูก ยกกั้นแผ่นเหงือกและกรอภายใต้การฉีดน้ำเกลือ

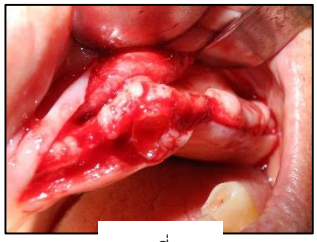
หลังจากนั้นตรวจเช็คความเรียบโดยปิดแผ่นเหงือกแล้วใช้มือสัมผัสรู้สึกเรียบสม่ำเสมอ ล้างบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ วางแผ่นเหงือกกลับในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจดูไม่ให้มีเลือดคั่งแล้วเย็บปิดแผ่นเหงือกแบบเย็บปิดทีละปม ระมัดระวังอย่าให้แผ่นเหงือกซ้อนทับหรือแยกออกจากกันมากเกินไป ม้วนผ้าก๊อซวางไว้ด้านกระพุ้งแก้มเพื่อช่วยกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูกและหยุดเลือด นัดดูอาการและตัดไหม 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด

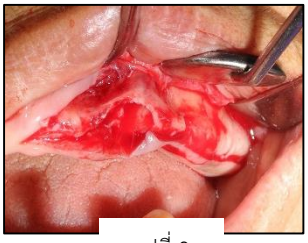

รูปที่ 5

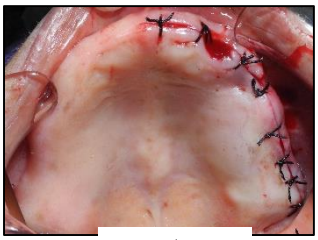
รูปที่ 6

รูปที่ 7

รูปที่ 5-7 แสดงลักษณะของปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนขวาและซ้าย ก่อนการรักษา

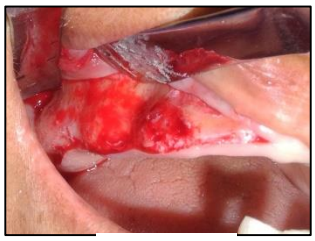

รูปที่ 8

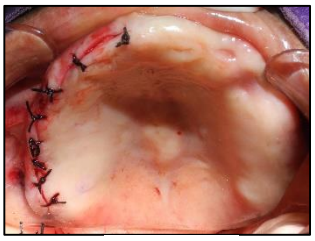

รูปที่ 9


รูปที่ 10

รูปที่ 8-10 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนข้างซ้าย

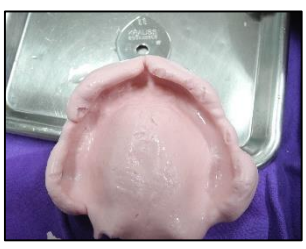
รูปที่ 11


รูปที่ 12


รูปที่ 13

รูปที่ 11-13 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนข้างขวา

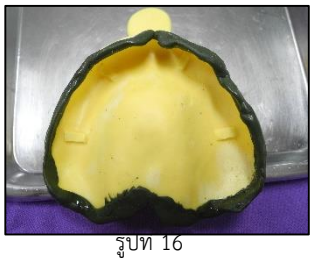
5. เริ่มทำฟันเทียมจากการกรอปรับแต่งรูปร่างซี่ฟันในขากรรไกรล่าง ทั้งแนวการถอดใส่ฟันเทียมและแอ่งรับฟันเทียม จากนั้นพิมพ์แบบเบื้องต้น (Preliminary impression) ด้วยถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูป ร่วมกับวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคลอลอยด์ชนิดผันกลับไม่ได้ (alginate) และนำรอยพิมพ์เบื้องต้นเทแบบหล่อด้วยยิปซั่มชนิดที่ 3 เพื่อทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลชิ้นบนและชิ้นล่าง แบบไม่มีระยะที่ว่างด้วยเรซินอะคริลิกชนิด บ่มด้วยตัวเอง



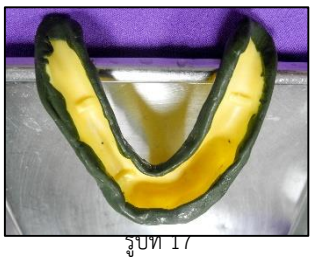
รูปที่ 14 รูปที่ 15

รูปที่ 14-15 แสดงการพิมพ์แบบเบื้องต้น (Preliminary impression)

6. ลองถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลในช่องปาก ทำการกรอแต่งบริเวณขอบให้สั้นกว่าจุดลึกสุดของร่องระหว่างสันเหงือกและแก้มรอบปากประมาณ 2 มิลลิเมตรโดยตลอด เว้าหลบเนื้อยึดริมฝีปากและแก้ม จากนั้นปั้นแต่งขอบ (Border molding) รอบถาดพิมพ์ปากด้วยคอมเพานด์ชนิดแท่งจนรอบทุกบริเวณ โดยควบคุมอุณหภูมิด้วยการจุ่มในน้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส ทันตแพทย์จะช่วยขยับริมฝีปากและแก้มของผู้ป่วยร่วมกับให้ผู้ป่วยขยับกล้ามเนื้อเอง โดยการเม้มปาก อ้าปาก ขยับคางซ้ายขวา ดูด เลียแก้ม เลียริมฝีปากและเป่าลม จากนั้นพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุโพลีอีเทอร์ (Impregum™) และ เทแบบหล่อด้วยยิปซั่มชนิดที่ 4 เพื่อทำชิ้นหล่อปฏิบัติงาน จากนั้นนำชิ้นหล่อปฏิบัติงานมาออกแบบและทำแผ่นฐานฟันเทียมชั่วคราวรวมถึงแท่งกัด



รูปที่ 16



รูปที่ 17

รูปที่ 16-17 แสดงการขึ้นแท่งขอบ (Border molding) รอบถาดพิมพ์ปากด้วยคอมเพานด์ชนิดแท่ง

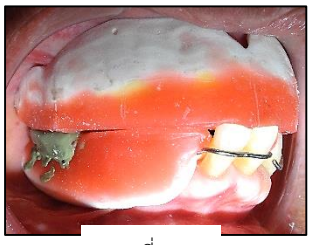
รูปที่ 18

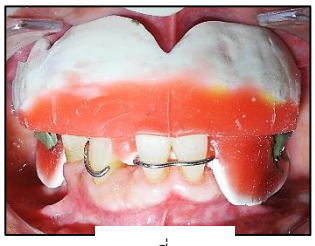
รูปที่ 19

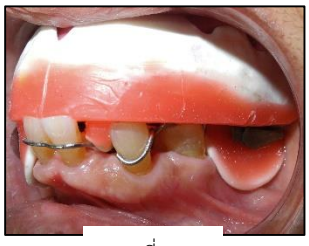
รูปที่ 18-19 แสดงการพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุโพลีอีเทอร์

7. ลองแท่นกัดบนและล่าง เริ่มจากตรวจสอบขอบแผ่นฐานฟันเทียมชั่วคราวพร้อมทั้งกรอปรับแต่งขอบที่กดเจ็บหรือยาวเกิน ประเมินการยึดอยู่และเสถียรภาพ ปรับแต่งความอูมนูนและการเอียงตัวโดยพิจารณาจากริมฝีปากและร่องริมฝีปาก จากนั้นปรับระดับความสูงแท่นกัดบน โดยขอบล่างของผิวด้านริมฝีปากของแท่นกัดบนสัมผัสริมฝีปากล่างบริเวณรอยต่อที่เปียกและที่แห้ง และขณะพูดจะเห็นแท่นกัดบนด้านหน้าอยู่ต่ำกว่า แนวริมฝีปากบนประมาณ 1-2 มิลลิเมตร หลังจากนั้นใช้ฟอกซ์ปรับระนาบสบของแท่นกัด กำหนดแนวเส้นกลางฟัน แนวฟันเขี้ยว และแนวรอยยิ้ม จากนั้นมาบันทึกส่วนกั้นท้ายเพดานปาก ส่วนแท่นกัดล่างปรับแต่งความสูงแท่นกัดด้านท้ายให้อยู่ประมาณสองในสามของแผ่นนวมท้ายฟันกราม จากนั้นปรับแท่นกัดล่างให้ขนานกับแท่นกัดบนและกัดสบได้สนิทโดยมิติแนวดิ่งขณะสบน้อยกว่ามิติแนวดิ่งขณะพักประมาณ 2 มิลลิเมตร บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างใน

ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ ด้วยขี้ผึ้งผสมผงอลูมินั่มและเลือกสีฟัน


รูปที่ 20


รูปที่ 21


รูปที่ 22

รูปที่ 20-22 แสดงการลองแท่นกัดบน-ล่าง และบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกร ด้วยขี้ผึ้งผสมผงอลูมินั่ม

8. ลองชี่ฟันเทียมชิ้นบนและล่างในช่องปาก ประเมินความอูมนูนของใบหน้า แนวกึ่งกลางของใบหน้า และแนวกึ่งกลางชี่ฟันหน้า สี รูปร่าง ขนาดของฟันที่เรียง ตำแหน่งกัดสบของผู้ป่วย พบว่าตำแหน่งของปลายฟันหน้าบนจะสัมผัสริมฝีปากล่างบริเวณรอยต่อที่เปียกและที่แห้งในขณะออกเสียง “ฝ” หรือ “ฟ” และในขณะพูดจะเห็นปลายฟันหน้าบนอยู่ต่ำกว่าแนวริมฝีปากบนประมาณ 1-2 มิลลิเมตร จากนั้นให้ผู้ป่วยออกเสียง “ส” หรือ “ซ” พบว่าปลายฟันหน้าบนและล่างอยู่ห่างกันประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ประเมินความสูงของใบหน้าให้ มีความสวยงาม ตรวจสอบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยรอบฟันเทียม ประเมินการสบฟันห้สบสนิทและเกิดการสบฟันแบบได้ดุลสองข้าง และสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังจากนั้นส่งชิ้นงานไปยังห้องปฏิบัติการเพื่ออัดด้วยเรซินอะคริลิกชนิดบ่มร้อนและขัดชิ้นงานฟันเทียมให้เรียบมันเงา

9. ส่งมอบฟันเทียมให้ผู้ป่วย ตรวจสอบการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม ใช้วัสดุชี้บอกแรงกด (PIP) เพื่อตรวจสอบจุดกดเจ็บและส่วนเกินของขอบด้านติดเนื้อเยื่อของฟันเทียม และใช้กระดาษทดสอบรอยสบฟัน แบบเกือกม้าตรวจสอบการสบฟันพร้อมทั้งกรอแก้ไข เมื่อเรียบร้อยแล้วขัดมัน ขัดเงาฟันเทียม และฝึกปฏิบัติวิธี การใส่และการถอดฟันเทียม ฝึกการวางตำแหน่งของลิ้น แนะนำการเคี้ยวอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลทำความสะอาดฟันเทียม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการติดตามการรักษาเป็นระยะๆ

รูปที่ 23

รูปที่ 24

รูปที่ 25

รูปที่ 23-25 แสดงลักษณะฟันเทียมของผู้ป่วยหลังการ

10. ติดตามการรั วัน, 1 อาทิตย์, 1 เดือน และหลังการรักษาเสร็จสมบูรณ์ 3 เดือน และ 6 เดือน

างระบบของผู้ป่วยในช่วง มีการรักษาพบว่าอยู่ในการควบคุมที่ดี พบความดันซิสโตลิก (systolic) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ในบางครั้ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง จึงวางแผนการรักษาทางทันตกรรมโดยประเมินแผนการรักษาในทุกขั้นตอน ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา ร่วมกับการพิจารณา 4 มิติ คือ ผู้ป่วย (patient), หัตถการ

สรุปและอภิปรายผล

จากประวัติทางการแพทย์ผู้ป่วยรายนี้มีโรคทางระบบ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท

(procedure), ทันตแพทย์ (provider), การควบคุมความเจ็บปวด (pain control)[11]

มิติแรกในส่วนของผู้ป่วย (patient) ผู้ป่วยรายนี้มีโรคทางระบบแต่สามารถควบคุมได้ดีและไม่มีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะใด เมื่อประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์และสภาวะร่างกายของผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ American society of Anestheologist (ASA) จัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม ASA Class II[12] ในส่วนของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน คือ Simvastatin 20 มิลลิกรัม เป็นยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statin ผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ส่วนอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ นอนราบได้ บางครั้งมีอาการปวดหลังเล็กน้อยแต่เมื่อหยุดพักก็สามารถรับการรักษาต่อได้ตามปกติ

มิติที่สอง คือ การประเมินหัตถการที่ทำ (procedure) ผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนทั้งสองข้างและผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ก่อนทำการรักษาควรมีการเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมในกรณีเกิดความดันเลือดตกต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่าทรงตัวขึ้นทันที และมีการเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เช่น surgical เป็นต้น เนื่องจากการผ่าตัดอาจทำให้เกิดแผลเปิดบริเวณกว้าง เสี่ยงต่อการไหลของเลือดที่ยาวนานผิดปกติ ซึ่งในการรักษาครั้งนี้ ทันตแพทย์ได้เฝ้าระวังการหยุดของเลือด 15 นาที หลังจากทำหัตถการ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

มิติที่สาม คือ ทันตแพทย์ (provider) มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม, ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้น ปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้ม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำศัลยกรรม

มิติที่สี่ คือ การควบคุมความเจ็บปวด (pain control) ขณะให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเลือกใช้ยาชาเฉพาะที่ที่มีสารบีบหลอดเลือดเป็นส่วนผสม สังเกตภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลโดยการอธิบายถึงแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้ระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแผนและขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยก็จะมีความวิตกกังวลต่อการรับการรักษาน้อยลง และให้ความร่วมมือในการรับการรักษาเป็นอย่างดี ในการใช้ยาชา เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของผู้ป่วยสามารถใช้สารบีบหลอดเลือดได้ไม่เกิน 0.04 มิลลิกรัม เมื่อคำนวณในรูปแบบยาชาที่มีส่วนผสมของสารบีบหลอดเลือดแล้วพบว่าใช้ได้ไม่เกิน 2 หลอด ในวันที่นัดมารับการรักษา ผู้ป่วยมีความกังวลเล็กน้อย ความดันโลหิตอยู่ในภาวะควบคุมได้ จึงใช้วิธีอธิบายขั้นตอนการรักษาอย่างนุ่มนวลแทนการให้ยาคลายกังวลหรือยาระงับประสาท ผู้ป่วยก็ผ่อนคลายลง ไม่ใช้ระยะเวลาในการทำการรักษานานเกินไปในแต่ละครั้ง และเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนท่า ให้ผู้ป่วยค่อยๆขยับ ไม่ลุกขึ้นจากเก้าอี้เร็วเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ หลังการรักษาได้อธิบายวิธีปฏิบัติตนหลังการรักษาและแจ้งวิธีการติดต่อกับทันตแพทย์กรณีฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและคลายความกังวล ส่วนการให้ยาระงับปวดควรระวังการให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งจะมีผลไปเพิ่มโอกาสเลือดออกง่าย

ผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญ คือ ไม่มีฟันบดเคี้ยว ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียดจนเกิดอาการท้องอืดบ่อยครั้ง จากการตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยเหลือฟันเพียง 6 ซี่ เป็นตอฟันบน 1 ซี่ ตอฟันล่าง 1 ซี่ ไม่มีฟันคู่สบ ทำให้เกิดความลำบากในการบดเคี้ยว จึงวางแผนเตรียมช่องปากเพื่อทดแทนฟันด้วยฟันเทียม โดยเริ่มจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน เพื่อลดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อปริทันต์ จากนั้นบูรณะฟันผุ ถอนตอฟัน หลังจากนั้นประเมินสภาวะปริทันต์และการรักษาอนามัยช่องปากของผู้ป่วย ก่อนการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มและผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกระดูกบริเวณดังกล่าวขัดขวางแนวทางการถอดและการใส่ฟันเทียม และช่วยให้สามารถขยายพื้นที่ฐานของฟัน

เทียมให้ครอบคลุมได้มากขึ้น เกิดความแนบของฐานฟันเทียมส่วนท้ายและ โดยรอบของฐานฟันเทียมบนซึ่งช่วยในการยึดอยู่ของฟันเทียม การขยายฐานฟันเทียมล่างช่วยลดแรงที่กระทำต่อฟันยึดหลัก ช่วยลดแรงกดเหงือกต่อหน่วยพื้นที่ ลดโอกาสเกิดปัญหาการกดเจ็บของฐานฟันเทียม เพิ่มการยึดอยู่ และเสถียรภาพของฟันเทียม[13]

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นครั้งนี้ ได้ทำการเปิดแผ่นเหงือกด้านลิ้นทั้งสองข้างพร้อมกัน โดยกรีดแผ่นเหงือกจากกึ่งกลางฟันหน้าตามคอฟันด้านลิ้นจนถึงบริเวณฟันกรามเลยปุ่มกระดูกเล็กน้อย บริเวณที่ไม่มีฟันทางด้านหลังให้วางแนวมีดค่อนไปทางด้านลิ้นตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟัน ค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกและสำรวจความตึงของแผ่นเหงือกเป็นระยะ ระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก ทำการเปิดแผ่นเหงือกโดยเว้นจุดกึ่งกลางของขากรรไกรระหว่างฟันกลางหน้าล่างไม่ให้แผ่นเหงือกทั้งสองข้างเปิดเชื่อมต่อกัน เพื่อลดโอกาสเกิดการดึงรั้งหรือการฉีกขาดของแผ่นเหงือกจากการทำงานของลิ้น เลือกใช้หัวกรอกรอร่วมกับการใช้เครื่องมืองัดฟันเอาปุ่มกระดูกออกแทนการใช้สิ่ว เนื่องจากการใช้สิ่วและค้อนควบคุมแรงของมือได้ยาก เพิ่มโอกาสที่เครื่องมือจะพลาดถูกอวัยวะโดยรอบได้ง่ายและเกิดแรงสั่นสะเทือนมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและปวดศีรษะ ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ในขณะทำได้ และกรอภายใต้การฉีดน้ำเกลือเพื่อลดโอกาสการเกิดความร้อนจากการกรอไประคายเคืองกระดูก อันนำมาซึ่งการอักเสบหรือตายของกระดูก หลังการผ่าตัดให้ม้วนผ้าก๊อซวางไว้ข้างลิ้นทั้งสองข้างและให้ผู้ป่วยนำลิ้นกดไว้ เพื่อช่วยหยุดเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก จากการติดตามผลการรักษา 1 อาทิตย์ 2 อาทิตย์ พบว่าเหงือกแนบสนิทกับคอฟัน ไม่มีการฉีกขาดของขอบแผล ติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ากระดูกบริเวณที่ผ่าตัดคงเดิม ไม่พบการละลายตัวเพิ่ม ไม่พบส่วนคอดหรือส่วนยื่นออก ฟันเทียมที่ทับบริเวณดังกล่าวมีเสถียรภาพและการยึดอยู่ดี[13]

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มในขากรรไกรบนครั้งนี้ เลือกใช้หัวกรอร่วมกับการใช้เครื่องมืองัดฟันเช่นกัน ระมัดระวังในขั้นตอนการเปิดแผ่นเหงือกและการกรอตกแต่งกระดูก เนื่องจากปุ่มกระดูกมีฐานใหญ่มีส่วนยื่นออกมามาก เหงือกที่ปกคลุมค่อนข้างบาง ในการกรีดแผ่นเหงือกควรวางแนวค่อนไปทางปุ่มกระดูก ควรกรีดให้เลยขอบหน้าและขอบหลังของกระดูกเล็กน้อย เพื่อลดความตึงของแผ่นเหงือก ค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกโดยตรวจดูความตึงของแผ่นเหงือกเป็นระยะและระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก ขณะกรอตกแต่งให้ผู้ป่วยหย่อนปากลงมาเล็กน้อยเพื่อลดการตึงของกระพุ้งแก้ม ช่วยเพิ่มพื้นที่การมองเห็น และใช้เครื่องดึงรั้งเนื้อเยื่อกระดูกยกกั้นแผ่นเหงือกและกระพุ้งแก้ม โดยเฉพาะบริเวณส่วนท้ายของขากรรไกร และกรอภายใต้การฉีดน้ำเกลือ หลังการผ่าตัดควรม้วนผ้าก๊อซวางไว้ด้านกระพุ้งแก้ม เพื่อช่วยกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูกและหยุดเลือด จากการติดตามผลการรักษา 1 อาทิตย์ 1 เดือน เหงือกแนบสนิทกับกระดูกดี ไม่พบการอักเสบหรือสัญญาณการติดเชื้อ ติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ากระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีการละลายตัวเพียงเล็กน้อย กระดูกขากรรไกรรูปร่างดีขึ้น บริเวณส่วนคอดและส่วนยื่นลดลง หลังจากบูรณะด้วยฟันเทียมไม่พบปัญหาการกดเจ็บของฐานฟันเทียมบริเวณที่ผ่าตัด การยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมดี[13]

ผู้ป่วยรายนี้เรียงฟันแบบการสบแบบได้สมดุลให้ฟันหน้าบนไม่สัมผัสในตำแหน่งในศูนย์ และสัมผัสน้อยในการเคลื่อนนอกศูนย์ เนื่องจากเป็นการใส่ฟันเทียมทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้ที่ไม่มีฟันด้านท้าย ตามการจำแนกของเคนเนดีกลุ่มที่ 1 (Kennedy class I) ซึ่งอาจเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า combination syndrome ได้ ในผู้ป่วยรายนี้พบลักษณะบางประการของกลุ่มอาการนี้ เช่น 1) การสูญเสียกระดูกบริเวณส่วนหน้าของสันเหงือกไร้ฟันในขากรรไกรบน 2) การงอกเกินของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้าย 3) การสูญเสียมิติแนวดิ่งของการสบฟัน 4) ฟันหน้าล่างยื่น และพบการงอก

เกินของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้ายก่อให้เกิดส่วนคอดขนาดใหญ่ด้านแก้ม หลักการสบฟันที่แนะนำคือ 1) ฐานฟันเทียมต้องแนบกับเนื้อเยื่อใน ช่องปาก มีการขยายขอบเขตให้กว้าง 2) ส่วนประกอบของฟันเทียมที่แข็ง ทำให้เกิดเสถียรภาพที่ดี 3) ระนาบสบฟันที่เหมาะสม 4) แนวการสบฟันในมิติแนวดิ่งและความสัมพันธ์ในศูนย์ที่ถูกต้อง[14]

ผู้ป่วยรายนี้มีการละลายของสันกระดูกล่างค่อนข้างมาก จึงเลือกใช้ซี่ฟันเทียมที่ทำจากอะคริลิกซึ่งมีความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากซี่ฟันเทียมที่มีความยืดหยุ่นมากจะดูดซับแรงจากการบดเคี้ยวที่มากระทำได้มาก และส่งผ่านแรงไปยังกระดูกใต้ฐานฟันเทียมน้อยลง แต่ข้อเสียของซี่ฟันเทียมชนิดนี้คือ สึกง่าย มีผลให้การสบฟันในมิติแนวดิ่งลดลงและประสิทธิภาพการเคี้ยวลดลงหลังการใช้งาน 5-7 ปี จึงต้องเปลี่ยนซี่ฟันเทียมบ่อย[15]

การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณาทางเลือกในการรักษาหลายวิธี รวมถึงการใช้รากฟันเทียมร่วมกับฟันเทียมถอดได้ (implant-supported overdenture) ซึ่งมีข้อดีคือช่วยเพิ่มเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียม ลดการละลายตัวของกระดูกและป้องกันการเกิด combination syndrome[16] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและความจำเป็นต้องผ่าตัดเพิ่มเติม ผู้ป่วยจึงเลือกการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้แบบดั้งเดิม ซึ่งยังคงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพหากมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

การติดตามผลการรักษาในระยะยาว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการของ combination syndrome ที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม พบการละลายตัวของกระดูกสันเหงือกบริเวณด้านหน้าของขากรรไกรบนเล็กน้อย ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันธรรมชาติหรือฟันเทียมบางส่วนล่าง[17] เพื่อป้องกันการดำเนินของโรค จึงได้วางแผนการติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือน โดยมีการประเมินหลายด้าน ทั้งการตรวจสอบและปรับแต่งการสบฟันเมื่อพบการสบกระแทก การประเมินการละลายตัวของกระดูกและการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ การพิจารณาเสริมฐานฟันเทียมเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของสันเหงือก รวมถึงการพิจารณาเปลี่ยนฟันเทียมใหม่หากพบการสึกของซี่ฟันมาก

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาหลายประการ โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียว จึงไม่สามารถนำผลการรักษาไปอ้างอิงกับผู้ป่วยทั่วไปได้ ระยะเวลาการติดตามผลเพียง 1 ปียังไม่เพียงพอที่จะประเมินผลการรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะการเกิด combination syndrome ที่อาจต้องใช้เวลาหลายปีในการพัฒนา นอกจากนี้ การประเมินผลการรักษาบางส่วนอาศัยการรายงานของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง และยังไม่ได้มีการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษานี้ก็ได้แสดงให้เห็นความสำคัญของการวางแผนการรักษาแบบองค์รวมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาสุขภาพช่องปากในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด combination syndrome การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถตรวจพบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Mansumitchai S, Wongnavee K, Yuma S, Tantipoj C, Supa-amornkul S, Buranachad N. Competencies in comprehensive dental care from advanced general dentists' perspective. Mahidol Dental Journal. 2022;42(2):145-56.

2.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 1997.

3. Zani SR, Rivaldo EG, Frasca LC, Caye LF. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. Journal of Oral Science. 2009;51(4):535-43.
4. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก1. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 2017.
5. พจมาน ศรีนวรัตน์. ฟันเทียมทั้งปาก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลีฟวิ่ง จากัด; 2017.
6. Carr AB, Brown DT. McCracken's removable partial prosthodontics. 13th, editor. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2015.
7. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: a clinical report. The Journal of prosthetic dentistry. 1996;75(2):107-13.
8. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2000;90(1):48-53.
9. Zhen Li. RH, Rahman Abdul NR., Kamaruddin AF. Torus palatinus and torus mandibularis: a literature review update. JUMMEC. 2023(special):247-54.
10. Myron R. Tucker REB. Contemporary Oral Maxillofacial Surgery. 7th ed. Philadephia: ELSEVIER; 2019. 217-50 p.
11. กรรณิกา ชูเกียรติมั่น. การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ. กรุงเทพมหานคร: นีโอดิจิตอน; 2010.
12. Little JW, Miller C, Rhodus NL, Falace D. Dental Management of the Medically Compromised Patient-E-Book: Dental Management of the Medically Compromised Patient-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2012.
13. Sombatpiam K. Preprosthetic Surgery: Amarin Printing & Publishing Public Co. Ltd.; 2004. 90-108 p.
14. Tawkaew U. The Management of Torus Mandibularis and Maxillary buccal exostosis before Loading Single Complete Denture and Removable Partial Denture. Journal of The Department of Medical Services. 2020;45(3):123-30.
15. Zarb GA, Hobkirk J, Eckert S, Jacob R. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses: Elsevier Health Sciences; 2012.
16. Zembic A, Wismeijer D. Patient-reported outcomes of maxillary implant-supported overdentures compared with conventional dentures. Clin Oral Implants Res. 2021;25(4):441-450.
17. Wright PS, Glantz PO, Randow K, Watson RM. The effects of fixed and removable implant-stabilised prostheses on posterior mandibular residual ridge resorption. Clin Oral Implants Res. 2020;13(2):169-174.

สภาพการดำเนินงานสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7

Situation of Pla Ra and Pla Som Establishments in the Health Region 7

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

เกษร แถวโนนงิ้ว[1] สุมาลี จันทลักษณ์[2] สุวิศิษฎ์ ช่างทอง[3]
Kesorn Thaewnongiew[1] Sumalee Chantaluk[2] Suwisith Changthong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2564 พื้นที่ศึกษาคือ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และเก็บตัวอย่างปลาร้าและปลาส้ม 29 ตัวอย่างส่งตรวจหาพยาธิใบไม้ตับและเชื้อก่อโรค ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

สถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม 72 แห่ง มี 2 แห่งที่ได้ใบอนุญาตของ อ.ย ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการระดับครัวเรือน 67 แห่ง ผลิตภัณฑ์เป็นปลาส้มร้อยละ46.6 รองลงมาเป็นปลาร้าร้อยละ 20 แหล่งรับซื้อวัตถุดิบได้มาจากภายในจังหวัด ร้อยละ70.8 แหล่งขายผลิตภัณฑ์ส่งขายภายในจังหวัด ร้อยละ 80.6 น้ำที่ใช้ในสถานที่ผลิตเป็นน้ำประปาร้อยละ 94.4 ส่วนน้ำที่ใช้ในการสัมผัสอาหารเป็นน้ำถังที่ได้รับ อย. ร้อยละ 26.3 การจัดการน้ำเสียพบว่าปล่อยลงตามธรรมชาติ ร้อยละ 86.1 เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารของสถานประกอบการทั้ง 6 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 6 ด้าน ผลการตรวจหาเชื้อก่อโรคในผลิตภัณฑ์ปลาส้ม จำนวน 21 ตัวอย่าง พบ *E. Coli* ร้อยละ 90.5, *Salmonella spp.* ร้อยละ57.1 ส่วนผลิตภัณฑ์ปลาร้า จำนวน 8 ตัวอย่าง พบ *E. coli,* ร้อยละ 25 และพบ *Salmonella spp.* และ Staphylococcus aureate อย่างละ ร้อยละ 12.5 ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มติดพยาธิใบไม้ลำไส้และพยาธิใบไม้ แต่ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: สถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม, เขตสุขภาพที่ 7

Abstract

This survey research investigated the situation of Pla Ra and Pla Som establishments in the Health Region 7 in 2021. The study area included 8 municipalities total of 102 people. Data were collected using questionnaires, interviews, focus group discussions, and 29 samples of Pla Ra and Pla Som were collected and tested for pathogens and liver flukes. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage distribution, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Of the 72 Pla Ra and Pla Som establishments, 2 acquired FDA licenses. Most were household-level establishments (67). 46.6% of the products were Pla Som, followed by Pla Ra at 20%. The source of raw materials was from within the province (70.8%). Product sales were within the province (80.6%). Water used at the production site was tap water (94.4%), while water used in contact with food was FDA-approved tank water (26.3%). Wastewater management was found to be released naturally (86.1%). When considering the 6 aspects of Good Manufacturing Practices (GMP) for food, it was found that Most of the establishments met the criteria for all 6 aspects. Pathogen testing in 21 samples of Pla Som products found E. coli (90.5%), Salmonella spp. (57.1%). In 8 samples of Pla Ra products, E. coli was found (25%), and Salmonella spp. and Staphylococcus

[1] มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
[3] ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

aureus were each found at 12.5%. Pla Ra and Pla Som products were contaminated with intestinal flukes and flukes, but no liver flukes were found.

Keywords: Pla Ra and Pla Som establishments, Health Region 7

บทนำ

การรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียนดิบๆเสี่ยงต่อการติดพยาธิใบไม้ตับและการติดพยาธิใบไม้ตับบ่อยๆซ้ำๆเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และที่สำคัญปลาเป็นสัตว์น้ำที่มีโปรตีนสูง ราคาถูก และเป็นวัตถุดิบในการผลิตปลาส้มและปลาร้า จากรายงานสถิติการผลิตปลาร้าและปลาส้มทั่วประเทศไทยมีมูลค่ากว่า 60 ล้านบาทต่อปี[1] อย่างไรก็ตามกระบวนการผลิตปลาร้าและปลาส้มผู้ประกอบการในพื้นที่ยังคงใช้กรรมวิธีเดิมๆ จากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องของการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมีในผลิตภัณฑ์ ซึ่งหากประชาชนได้รับในปริมาณที่มากอาจจะเกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ จากศึกษาของ Prasongwatana et al (2013)[2] ที่ทำการหมักปลาวงศ์ปลาตะเพียนด้วยเกลือร่วมกับข้าวเหนียวเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน ยังคงพบว่ามี ระยะติดต่อพยาธิใบไม้ตับเหลืออยู่ และสามารถติดต่อได้ในหนูแฮมสเตอร์ หากทำการหมัก 6 วันขึ้นไป จะไม่พบระยะติดต่อพยาธิใบไม้ตับเหลืออยู่ และการศึกษาของ Onsurathum et al. (2016)[3] พบว่าปลาส้มที่ขายในตลาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการปนเปื้อนของพยาธิใบไม้ตับ และมีโอกาสติดต่อสู่คนได้ถ้ารับประทานสุกๆดิบๆ นอกจากนี้ปลาร้าและปลาส้มที่จำหน่ายในตลาดทั่วไปส่วนใหญ่จะรับมาจากแหล่งผลิตรายใหญ่ ซึ่งมีการปนเปื้อนด้วยพยาธิในอาหารดังกล่าวแล้วแต่แหล่งน้ำและชนิดปลาที่นำมาปรุงอาหารปลาร้าและปลาส้ม เช่น พบการปนเปื้อนในอาหารปลาส้มที่ผลิตจากเขื่อนอุบลรัตน์[4]

จากการสำรวจสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มในพื้นที่ของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561)[5] พบว่าสถานประกอบการมีสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขด้าน 1) สถานที่ตั้ง ลักษณะอาคาร และการสุขาภิบาล 2) ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและการป้องกันเหตุรำคาญ 3) การควบคุมกระบวนการผลิต และ 4) สุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการสอดคล้องกับทิพย์กมล ภูมิพันธ์ และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง (2559)[6] ที่ได้ศึกษาสุขลักษณะของการประกอบกิจการผลิตปลาร้าและปลาส้มในอำเภอหนึ่งจังหวัดขอนแก่น โดยการสำรวจสุขลักษณะของสถานที่ผลิตปลาร้า และปลาส้มจำนวน 12 แห่ง และวิเคราะห์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่างภาชนะอุปกรณ์ มือของผู้ปฏิบัติงานและผลิตภัณฑ์รวมทั้งสิ้น 108 ตัวอย่าง พบว่า สุขลักษณะของสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาส้มร้อยละ 83.33 ไม่ผ่านตามหลักเกณฑ์ โดยข้อบกพร่องที่พบมากที่สุด คือ หมวดสถานที่ตั้งอาคารที่ผลิต และหมวดสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน

ปลาร้าและปลาส้มถือเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอันตรายทางด้านจุลินทรีย์น้อย เนื่องจากมีปริมาณเกลือสูง ช่วยป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคได้ อย่างไรก็ตามจากรายงานการศึกษาข้างต้นสะท้อนว่า สถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มส่วนใหญ่มีกระบวนการผลิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้มีโอกาสปนเปื้อนอันตรายอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีโอกาสปนเปื้อนจากแมลงและสัตว์นำโรคและสภาพแวดล้อมที่สกปรก ทำให้เกิดความเสี่ยงจากอันตรายทีมองไม่เห็นต่าง ๆ มากมาย เพื่อเป็นการตัดวงจรของการแพร่กระจายเชื้อโรค จึงเป็นที่มาของการศึกษาเรื่อง สภาพการดำเนินงานสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นำไปใช้ใน

การวางแผนผลิตปลาร้าและปลาส้มให้สะอาด ปลอดภัย และได้มาตรฐาน เพื่อให้บรรลุทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2568 ต่อไป

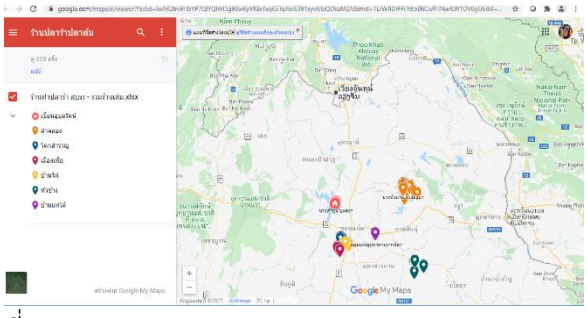
วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงพรรณนา พื้นที่ศึกษา คือ องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ในเขตสุขภาพที่7 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น /มหาสารคาม /ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ คือ ท้องถิ่นที่มีสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มผลิตจำหน่ายในพื้นที่หรือส่งขายไปยังพื้นที่ต่างๆ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกทุกคน ประกอบด้วย 1) ผู้ประกอบการปลาร้าหรือปลาส้ม ใน 8 ตำบล ประกอบด้วย จังขอนแก่น มี 5 ตำบล (บ้านไผ่/ เมืองเพีย /เทศบาลบ้านไผ่ / โคกสำราญ / เขื่อนอุบลรัตน์) จังหวัดมหาสารคาม มี 1 ตำบล (ตำแหไต้) จังหวัดกาฬสินธุ์ มี 1 ตำบล (ลำคลอง) และจังหวัดร้อยเอ็ด มี 1 ตำบล (หนองหัวช้าง) จำนวน 72 คน 2) ผู้บริหารของท้องถิ่น (6 คน) 3) บุคลากรของเทศบาล/อบต. (8 คน) 4)ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยของ รพ. / สสอ. (8คน) 5) แกนนำชุมชนในพื้นที่ (8 คน) รวมทั้งสิ้น 102 คน

เก็บรวมรวมข้อมูลจากแบบประเมิน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การเก็บตัวอย่างปลาร้า (8 ตัวอย่าง) และปลาส้ม (21 ตัวอย่าง) ส่งตรวจหาพยาธิใบไม้ตับที่ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุลินทรีย์เชื้อก่อโรคที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7ขอนแก่น การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้แนวทางของ Lincoln Y, Guba E[7] เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ผลการศึกษา

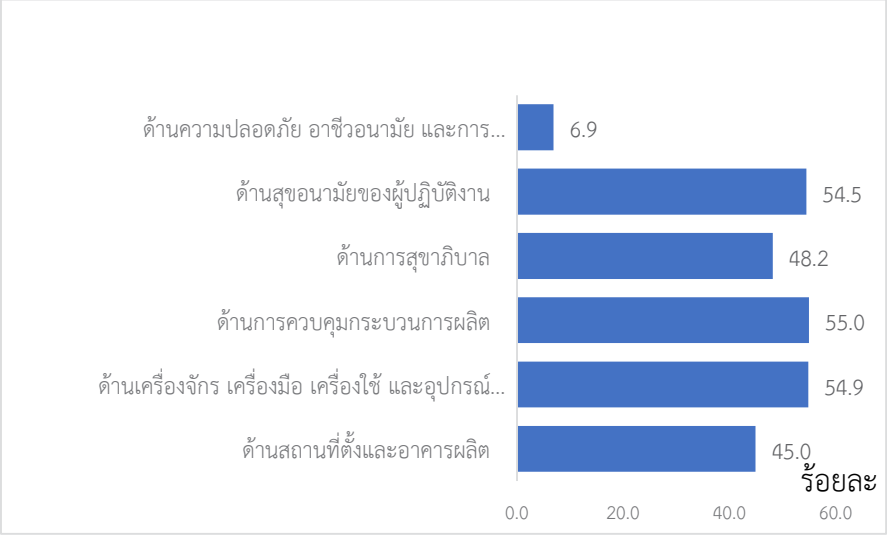
1 ข้อมูลทั่วไป สถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มในในพื้นที่ศึกษา 8 ตำบล 6 อำเภอ 4 จังหวัด จำนวน 72 แห่ง (ภาพที่ 1)



ที่มา: https://www.google.com/maps/d/edit...

สถานประกอบการที่ได้ใบอนุญาตของ อย.มี 2 แห่ง จากทั้งหมด 72 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการระดับครัวเรือน 67 แห่ง ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นปลาส้มรองลงมาคือปลาร้า แหล่งรับซื้อวัตถุดิบ ส่วนใหญ่ได้มาจากภายในจังหวัดร้อยละ70.8 และแหล่งขายผลิตภัณฑ์เป็นขายภายในจังหวัด ร้อยละ 80.6 น้ำที่ใช้ทั่วไปในสถานที่ผลิต ส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา ร้อยละ 94.4 ส่วนน้ำที่ใช้ในการสัมผัสอาหารเป็นน้ำถัง (ได้รับ อย.) ร้อยละ 26.3 การจัดการกับขยะที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการส่วนใหญ่รอเทศบาลนำไปจัดการ ส่วนการจัดการกับน้ำเสียที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการ พบว่าปล่อยลงตามธรรมชาติและไม่มีข้อร้องเรียงเรื่องกลิ่น

2. สถานประกอบการที่ผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ตามหลักสุขาภิบาลสถานที่ผลิตอาหาร เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ตามหลักสุขาภิบาลสถานที่ผลิตอาหาร 6 ด้าน ของกรมอนามัยในสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม ในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 6 ด้าน (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 สถานประกอบการผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ตามหลักสุขาภิบาลสถานที่ผลิตอาหาร จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในพื้นที่ พบว่า กระบวนการปรุงประกอบปลาร้าและปลาส้มในพื้นที่ยังควรต้องปรับปรุง (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 2 สภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม ในเขตสุขภาพที่ 7

3 ผลการตรวจหาเชื้อก่อโรคและหนอนพยาธิในผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้ม

จากการเก็บตัวอย่างปลาส้มส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 21 ตัวอย่าง พบ *E. coli,* 19 ตัวอย่าง และ *Salmonella spp.* 12 ตัวอย่าง ส่วนผลิตภัณฑ์ปลาร้าส่งตรวจ 8 ตัวอย่าง พบ *E. coli,* 2 ตัวอย่าง และพบ *Salmonella spp.* และ *Staphylococcus aureate* อย่างละ 1 ตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบปลาร้าและปลาส้มเพื่อหาเชื้อก่อโรค

ผลิตภัณฑ์	จำนวนส่งตรวจ	จำนวนตรวจพบ					
		Salmonella spp.		*E.coli.*		*Staphylococcus aures*	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปลาส้ม	21	12	57.1	19	90.5	0	0
ปลาร้า	8	1	12.5	2	25.0	1	12.5

ที่มา : ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ผลการตรวจหาหนอนพยาธิในผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้ม พบ ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มติดพยาธิใบไม้ลำไส้และพยาธิใบไม้ แต่ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลของการตรวจปลาร้าและปลาส้มเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ

ผลิตภัณฑ์	จำนวนส่งตรวจ	จำนวนตรวจพบ			
		พยาธิใบไม้ที่ระบุชนิดไม่ได้		พยาธิใบไม้ลำไส้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปลาส้ม	21	1	4.8	8	38.1
ปลาร้า	8	5	62.5	0	0

ที่มา : ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

4 สถานประกอบการจดทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สถานประกอบการที่ได้ใบอนุญาตของ อย.มี 2 แห่งจากทั้งหมด 72 แห่ง จากการสนทนากลุ่มกับผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มในพื้นที่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า กลัวสรรพากรและขั้นตอนยุ่งยาก ดังคำพูดผู้ประกอบการสะท้อนว่า “กลัวสรรพากรเลยไม่ได้ทำ” *“ผมต้องใช้เงินปรับปรุงหลายอย่าง ไม่มีเงินลงทุน ขั้นตอนต่างๆยุ่งยากซับซ้อน มันเสียเวลาทำมาหากินครับ” “การจะทำให้ได้ตามเกณฑ์มันสิ้นเปลืองงบประมาณ ทำแบบนี้ก็ขายได้และขายดีด้วย” “ผมว่ามันยุ่งยาก หลายขั้นตอน ก็ทำของผมแบบนี้มานานแล้ว สามารถส่งลูกเรียนหนังสือจนจบไปหลายคนแล้ว”* หลายคนเห็นด้วยกับคำพูดนี้

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เห็นว่า การได้มาตรฐานหรือไม่ได้ไม่มีผลต่อการจำหน่ายสินค้า ดังคำพูดของเจ้าของสถานประกอบการสะท้อนว่า *“ทำแค่นี้ ก็ทำส่งขายไม่ทัน ผมลงปลาตอนเช้า ช่วงบ่ายหมัก พรุ่งนี้เช้าส่งขาย ไม่มีเวลาไปทำอย่างอื่นครับ” “บ่มี อ.ย.ก็บ่เป็นหยัง ขอให้มันแซ่บ ฉันเฮ็ดมาหลายสิบปีแล้ว บ่เห็นถามหา อย.มีแต่ว่า แซ่บบ่”* หลายคนเห็นด้วยกับคำพูดนี้ และจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการสะท้อนว่า *“ไม่ได้ อย.ก็ไม่เห็นเป็นไร ยังขายดีเหมือนเดิม” “...ผมทำในครัวเรือนเล็กๆ ตั้งแต่ลูกยังเล็กอยู่ พอได้อยู่ได้กิน ไม่ควรมาเก็บเงิน น่าจะไปเก็บพวกโรงงานใหญ่ๆ มากกว่า...”* นอกจากนี้ ยังมีผู้ประกอบการบางส่วนที่ไม่ทราบว่าต้องขึ้นทะเบียน *“...บ่ฮู้ว่าต้องขึ้นทะเบียน เพราะว่าเฮ็ดบ่หลาย,,,.” “...อบต.กะบ่ว่าจั่งได่ ก็เลยบ่ฮู้ว่าสิเฮ็ดจั่งได่แน...”*

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ยังไม่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ เพราะต้องดูความสมัครใจของผู้ประกอบการด้วย บางที่ก็เกรงใจเพราะเป็นคนคุ้นเคยกันในพื้นที่ *“ ...จริงๆแล้วอาหารหลักของคนอีสาน คือ ปลาร้าและปลาส้ม โดยเฉพาะปลาร้าถูกใช้เป็นองค์ประกอบ*

เกือบทุกอย่างของการปรุงประกอบอาหารในภาคอีสาน แต่ส่วนใหญ่เราละเลย ไม่มีใครมาดูแลว่าอาหารเหล่านี้ได้มาตรฐาน…” นอกจากนี้ *“…ผู้ประกอบการส่วนใหญ่จะเน้นความอร่อยมากกว่าอย่างอื่น เพราะผู้บริโภคเองก็ถามหาความอร่อยมากกว่าความสะอาด พวกเราไม่ค่อยนึกถึงความสะอาด …”*

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม 7 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=72)	ร้อยละ
1. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ (Mean 11.94 SD 1.59)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	9	11.3
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	21	26.3
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	50	62.5
2. ความรู้ความเข้าใจ (Mean 13.94 SD 1.69)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	73	91.3
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	7	8.8
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	0	0
3. ทักษะการสื่อสาร (Mean 15.56 SD 3.39)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	0	0
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	5	6.3
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	75	93.8
4. ทักษะการตัดสินใจ (Mean 9.48 SD 4.40)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	9	11.3
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	13	16.3
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	58	72.5

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=72)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
5. ความรู้เท่าทันสื่อ (Mean 12.41 SD 3.04)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	4	5.0
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	13	16.3
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	63	78.8
6. การจัดการตนเอง (Mean 15.13 SD 4.71)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	2	2.5
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	9	11.3
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	69	86.3
7. การปฏิบัติตน (Mean 35.91 SD 6.39)		
สูง (≥ ร้อยละ 80)	3	3.8
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	47	59.5
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	29	36.7

6 ความต้องการของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม

จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มเกี่ยวกับความต้องการช่วยเหลือจากภาครัฐ จำนวน 22 คน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการการรับรองมาตรฐานของสินค้าร้อยละ 91.7 ช่วยหาช่องทางการจัดจำหน่ายและประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 66.7 ลดขั้นตอนการติดต่อกับราชการเพื่อการรับรองและการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 62.5 งบประมาณในการลงทุน ร้อยละ 50.0 และความรู้ในการพัฒนาตัวสินค้าให้ได้มาตรฐาน ร้อยละ 33.3

สรุปและอภิปรายผล

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการควรต้องปรับปรุง ได้แก่ การปล่อยน้ำเสียที่เกิดจากกระบวนการผลิตลงตามธรรมชาติ (ร้อยละ 71.7) และน้ำที่ใช้ในการสัมผัสและปรุงประกอบอาหารเป็นน้ำประปาร้อยละ 73.6 เนื่องจาก

สถานประกอบการส่วนใหญ่เป็นระดับครัวเรือน และมีใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเพียง 2 แห่งจากทั้งหมด 72 แห่ง ผู้ประกอบการให้ความสำคัญต่อเรื่องเหล่านี้ค่อนข้างน้อย มุ่งเน้นในการขายผลิตภัณฑ์ให้ได้มากที่สุด เศษชิ้นส่วนปลาที่เหลือจากการผลิตถ้าไม่กำจัดให้ถูกวิธีทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังสิ่งแวดล้อมได้ง่าย น้ำที่นำมาใช้ในกระบวนการผลิตถ้าไม่สะอาดอาจก่อให้เกิดโรคติดต่อได้ ดังนั้นน้ำที่ใช้ในกระบวนการผลิตที่สัมผัสอาหารต้องมีปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมไม่ต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคจอวกรมอนามัย ตลอดจนมีการบำบัดหรือปรับปรุงคุณภาพน้ำเสียจากการประกอบกิจการก่อนระบายลงสู่แหล่งสาธารณะ[5] ผลิตภัณฑ์ปลาส้มมีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค *E. coli,* (ร้อยละ 90.5) *Salmonella spp.*(ร้อยละ 57.1) ส่วนผลิตภัณฑ์ปลาร้ามีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค *E.coli,* (ร้อยละ25) *Salmonella spp.,* (ร้อยละ12.5) *Staphylococus aureus* (ร้อยละ12.5) นั่นแสดงว่า ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค เนื่องจาก ผู้ประกอบการไม่อยากลงทุน ประกอบกับ ท้องถิ่นเองก็กลัวมีผลกระทบต่อฐานเสียของตนเองก็เลยไม่มีการดำเนินงานด้านการควบคุมกำกับสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้ม ส่งผลให้สถานประกอบการไม่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ตามหลักสุขาภิบาลสถานที่ผลิตอาหาร 6 ด้าน โดยเฉพาะด้านสถานที่ตั้งและอาคารผลิต และด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และการป้องกันเหตุรำคาญ จำเป็นต้องมีงบประมาณเพื่อทำให้ได้ตามมาตรฐาน นอกจากนี้กระบวนการผลิตปลาร้าและปลาส้มส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่ ยังคงใช้กรรมวิธีเดิมๆ จากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องของการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมีในผลิตภัณฑ์ซึ่งหากประชาชนได้รับในปริมาณที่มากอาจจะเกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ [2,4, 8] ประกอบกับผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่อยากลงทุนปรับปรุงสถานที่ผลิต จึงไม่สามารถป้องกันการปนเปื้อนในระหว่างกระบวนการผลิต และการปนเปื้อนหลังการผลิตได้ ส่งผลให้พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ได้แก่ *E. coli, Salmonella spp., Staphylococus aureus* ในผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้ม สอดคล้องกับการศึกษาอื่น[6] พบว่าบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักในการปฏิบัติที่ถูกสุขลักษณะ เช่น เครื่องแต่งกายไม่สะอาด ไม่มีการสวมใส่ผ้ากันเปื้อน หมวกคลุมผม และผ้าปิดจมูก การไม่สวมใส่ถุงมือเวลามีบาดแผล

ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มติดพยาธิใบไม้ลำไส้และพยาธิใบไม้ (ไม่สามารถระบุชนิดได้) แต่ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ อาจเนื่องจากในช่วงสิบปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์เรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีติดต่อกันมานานส่งผลให้ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง ในเขตสุขภาพที่ 7 อัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับลดลงจาก 5.2 ในปี 2559 ลดลงเหลือร้อยละ 3.1 ในปี2564[9] ประกอบกับปลาน้ำจืดเกล็ดขาวเป็นโฮสต์กึ่งกลางตัวที่สองของพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก[10] และจากการศึกษาความชุกตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ส่งผ่านโรคสู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงของจุติ กาญจน์ ภูเก้าล้วน และคณะ(2561)[11] ที่รายงานพบตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ลำไส้ในกลุ่มปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ในจังหวัดอุดรธานีและหนองบัวลำภู แสดงให้เห็นว่า ยังมีพยาธิใบไม้มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะแหล่งน้ำที่สำคัญในการอุปโภคและบริโภคของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้รายงานการศึกษานี้พบว่าผลิตภัณฑ์ปลาร้าที่หมัก 2 เดือนขึ้นไปยังตรวจพบพยาธิใบไม้แต่เป็นซากพยาธิใบไม้ที่เสียชีวิตแล้ว ดังนั้นจึงไม่สามารถส่งผลกระทบต่อประชาชน

ผู้บริโภคได้ อย่างไรก็ตามจากรายงานของธิดารัตน์ บุญมาศ และเบญจมาภรณ์ พุ่มหิรัญโรจน์ (2560)[12] ที่สำรวจการติดพยาธิใบไม้ตับในวงศ์ปลาตะเพียน พบว่า การติดพยาธิใบไม้ตับในปลาคิดเป็นร้อยละ 38.4 ของตำบลทั้งหมด 112 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั่นแสดงว่า ปลาวงศ์ปลาตะเพียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีความเสี่ยงต่อการติดพยาธิใบไม้ตับถ้ารับประทานดิบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มในเขตสุขภาพที่ 7 มีใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพค่อนข้างน้อย สถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ในการผลิตอาหาร ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มมีเชื้อก่อโรคและไม่ปลอดหนอนพยาธิ ดังนั้นท้องถิ่นต้องเร่งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เพื่อ 1) ผลิตภัณฑ์ปลาส้มดิบก่อนจำหน่ายต้องติดฉลากบอกผู้บริโภคทำให้สุกก่อนรับประทาน 2) ชิ้นส่วนปลาที่เหลือจากการผลิตควรกำจัดตัวอ่อนหนอนพยาธิก่อนนำไปให้อาหารสัตว์ 3)สร้างโอกาสในการพัฒนาการรองรับผลิตภัณฑ์ของชุมชนเพื่อให้เกิดรายได้หมุนเวียนในชุมชน 4) ส่งเสริมให้มีผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาส้มที่ปลอดพยาธิอย่างต่อเนื่อง 5) ท้องถิ่นควรออกข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติในการควบคุมกำกับสถานประกอบการให้ดำเนินการตามมาตรการ

เอกสารอ้างอิง

1. Thabpla R. The development fermented fish production to improve standards quality [Internet]. 2013 [Update 2013 October 6; cited 2014 July 22]. Available from: http://siweb.dss.go.th/dss_doc/fulltext/radio/R69.pdf.
2. Prasongwatana J, Laummaunwai P, Boonmars T, Pinlaor, S. Viable metacercariae of *Opisthorchis viverrini* in northeastern Thai cyprinid fish dishes- as part of rational program for control of *Opisthorchis viverrini* associated cholangicarcinoma. Parasitology Research 2013; 112: 1323-1327
3. Onsurathum S, Pinlaor P, Charoensuk L, Haonon O, Chaidee A, Intuyod K, Laummaunwai P, Boonmars T, Kaewkes W, Pinlaor **S**. Contamination of *Opisthorchis viverrini* and Haplorchis taichui metacercariae in fermented fish products in northeastern Thailand markets. Food Control 2016; 59: 493-8.
4. Pinlaor S**,** Onsurathum S, Boonmars T, Pinlaor P, Hongsrichan N, Chaidee A, Haonon O, Limviroj W, Tesana S, Kaewkes S, Sithithaworn P. Distribution and abundance of *Opisthorchis viverrini* metacercariae in cyprinid fish in Northeastern Thailand. Korean J Parasitol 2013; 51(6): 703–10.
5. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การผลิต สะสม หรือแบ่งบรรจุอาหารหมักดองจากสัตว์ ประเภทปลาร้าและ ปลาส้ม ปลาจ่อม หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆที่คล้ายคลึงกัน. เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร.
8. 6. Thai Industrial Standards Institute. Thai Community Product Standards [Internet]. 2003 [Updated 2014 August 20; citied 2014 July 22]. Available from: http://app.tisi.go.th/otop/ otop.html.
6.7. ทิพย์กมล ภูมิพันธ์, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. (2559). สุขลักษณะของการประกอบกิจการผลิต ปลาร้าและปลาส้มในอำเภอหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 16 (2), 75-85.
7. 8. Lincoln Y, Guba E. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage.
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น (2564). รายงานความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2559-2564.

10 Chai JY, Park JH, Han ET, Guk, SM, Shin, EH, Lin A, et al. (2005). Mixed infection with *Opisthorchis viverini* and intestinal flukes in residents of Vientiane municipality and Saravane Province in Laos. J Helminthol, 79(3) 283-9

11. จุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน, อรนาถ วัฒนวงษ์, ทองรู้ กอผจญ. (2561). รายงานการศึกษาความชุกตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ส่งผ่านโรคสู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง. [Internet]. 2563 เข้าถึงเมื่อ 20 พศจิกายน 2563] เข้าถึงได้จาก http://ddc.moph.go.th

12. ธิดารัตน์ บุญมาศ และ เบญจมาภรณ์ พุ่มหิรัญโรจน์. (2560). การสำรวจการติดพยาธิใบไม้ตับในวงศ์ปลาตะเพียน ภายใต้โครงการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จุลสารศูนย์ประสานงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2(7), 7.

พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ในจังหวัดกาญจนบุรี

Forecast the Noncommunicable Disease Incidents in Kanchanaburi Province.

(Received: December 8,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

กาญจนา อาชีพ[1] ฉัตรสิริ ฉัตรภูติ[2] วัฒนา ชยธวัช[3]
Kanjana Arechep[1] Chatsiri Chatphuti[2] Vadhana Jayathavaj[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2568 โดยรวบรวมข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เขตสุขภาพที่ 5 เป็นข้อมูลปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 วิเคราะห์ข้อมูลรายปี ด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ ผลการวิจัยพบว่า การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตัวแบบ GM(1,1) Error Periodic Correction มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ในช่วงเวลาระหว่างปีงบประมาณเริ่มต้น 2560, 2557, และ 2558 ตามลำดับ ถึง 2567 ร้อยละ 3.05, 2.47, และ 35.01 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ยกเว้น จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ตัวแบบมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้เท่านั้น ในปีงบประมาณ 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด 15,142, 5,647, และ 87 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 4.84, 0.92, และ 28.33 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพยากรณ์ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทฤษฎีระบบเกรย์

Abstract

This survey research aimed to study the forecast of the number of new patients with chronic non-communicable diseases in Kanchanaburi Province in fiscal year 2025. The time series data collected from the standard reporting group Illnesses with important non-communicable diseases, Health Zone 5, data from fiscal years 2014 to 2024, Ministry of Public Health., and analyzed annually data with Gray System Theory. The results showed that forecasting the number of new cases of high blood pressure, diabetes, and cardiovascular disease, the GM(1,1) Error Periodic Correction model had a mean absolute percentage error for the period from fiscal year 2014 to fiscal year 2024 in percent of 3.05, 2.47, and 35.01, respectively, which were within the criteria for high accuracy prediction, except for the number of new patients with cardiovascular disease that the model is reasonable enough to predict only. In fiscal year 2025, there will be new patients with high blood pressure, diabetes, and cardiovascular disease 15,142, 5,647, and 87 cases, respectively, increased from fiscal year 2024 of 4.84, 0.92, and 28.33 percent, respectively.

Keywords: Forecasting, Incidents, Non-Communicable diseases, Grey System Theory

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส หรือผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หากแต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสต์เทิร์น
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
[3] รองศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี Corresponding author: chatsiri.c@siu.ac.th

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด กลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม กลุ่มโรค NCDs ก็ยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งในประเทศไทย พบจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี สถานการณ์เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีการเสียชีวิตมากที่สุดรองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ[1]

เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัดในภาคตะวันตก คือ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร จังหวัดกาญจนบุรี ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคนคือ 1,865.91, 722.96, และ 8.79 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับอัตราโดยรวมของทั้งสุขภาพเท่ากับ 1,582.88, 685.00, และ 15.77 ตามลำดับแล้ว[2] มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน สูงกว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคนโดยรวมของเขตสุขภาพ ขณะที่อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคนโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าในช่วงระยะเวลา 11 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 7,150 คน เป็น 14,443 คน โรคเบาหวานจาก 2,886 เป็น 5,966 คน และโรคหัวใจและหลอดเลือดจาก 88 คนแล้วลดลงสลับเพิ่มขึ้นจนเหลือ 68 คน

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนโดยใช้ข้อมูลปี 2006 ถึง 2015 สร้างแบบจำลอง GM(1,1) เป็นแบบจำลองเริ่มต้นตามทฤษฎีระบบเกรย์ พบว่ามีความคลาดเคลื่อนโดยเฉลี่ยในช่วงเวลาของข้อมูลที่นำมาสร้างแบบจำลองเพียงร้อยละ 11.54 10.50 และ 9.59 เท่านั้น ซึ่งนำผลการพยากรณ์ไปใช้ในเชิงปฏิบัติในการบริหารสาธารณสุขจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ และช่วยเหลือโรงพยาบาลในการจัดการการลงทุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์[3]

ดังนั้น การมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 จากข้อมูลในอดีตที่มีขนาดและทิศทางของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรค NCDs ของจังหวัดกาญจนบุรี การพยากรณ์ไปในอนาคตจากข้อมูลในอดีตก็จะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับโรค NCDs ในเชิงพื้นที่ เพื่อการกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน เฝ้าระวัง และการจัดเตรียมทรัพยากรรองรับที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2568 ของจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อพยากรณ์อนาคต (Forecasting future research) ด้วยวิธีวิเคราะห์อนุกรมเวลาตัวแปรเดียว (Univariate time series analysis)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ของจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งสามโรคของจังหวัดกาญจนบุรีระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อรวบรวมข้อมูลบันทึกลงตารางแล้วตรวจสอบข้อมูลตัวเลขจำนวนผู้ป่วยในตารางให้ตรงโรคและปีงบประมาณกับแหล่งข้อมูลโดยผู้รวบรวมข้อมูลเอง

การรวบรวมข้อมูล

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ของจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 รวบรวมจากระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข 2 โดยเลือก [กลุ่มรายงานมาตรฐาน] [การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ] เลือกโรค [1. อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)] [4. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ] [10. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ] เลือกปีงบประมาณ [2567 2566 2565 ... 2556] เลือกเขตสุขภาพ [เขตสุขภาพที่ 5][2] เลือกจังหวัด [จังหวัดทั้งหมด] จะได้ข้อมูลของโรคที่เลือกทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีที่เลือกนั้น

นำมาข้อมูลมาจำแนกเฉพาะจังหวัดกาญจนบุรีแล้ว จำแนกโรค และ ปีงบประมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทฤษฎีระบบเกรย์ (Grey System Theory) พัฒนาโดยศาสตราจารย์ Julong Deng แห่งมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวจงเมืองหวู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อปี พ.ศ. 2524 ตัวแบบเริ่มต้นของทฤษฎีระบบเกรย์ คือ GM(1,1) เมื่อ G แทนสีเทา (Grey) และ M แทนตัวแบบ 1 ตัวแรกในวงเล็บแทนสมการเชิงอนุพันธ์ลำดับที่ 1 และ 1 ตัวที่สองแทนสมการที่มีตัวแปรอิสระเพียงตัวแปรเดียว ตัวแบบ GM(1,1) ใช้กับอนุกรมเวลา ช่วงเวลาเท่ากัน ข้อมูลมีจำนวนน้อย ข้อมูลไม่น้อยกว่า 4 รายการก็สามารถสร้างตัวแบบการทำนายตามทฤษฎีระบบเกรย์ได้[5] หลักการสร้างตัวแบบ GM(1,1) คือ การสร้างอนุกรมเวลาที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นอย่างเดียว (monotonic increasing) โดยการนำข้อมูลมาสร้างเป็นอนุกรมเวลาของค่าสะสม ค่าสะสมของอนุเวลา ณ คาบเวลาหนึ่งเท่ากับผลรวมของค่าอนุกรมเวลาก่อนหน้าถึงคาบเวลานั้นทั้งหมด นำค่าสะสมมาเฉลี่ยกับค่าสะสมก่อนหน้า แล้วสร้างสมการถดถอยจากอนุกรมเวลาค่าสะสมโดยเฉลี่ย ทำการคำนวณค่าพารามิเตอร์ของสมการถดถอยอนุกรมเวลา (time series regression) ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด จากนั้นใช้สมการถดถอยพยากรณ์ค่าสะสมแล้วทำการหักลบทอนค่ากลับเป็นค่าพยากรณ์ปกติ[6]

ตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์

ตัวแบบทฤษฎีระบบเกรย์ที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแบบ GM(1,1) เป็นตัวแบบเริ่มต้น ตัวแบบขยาย (GM(1,1)E) และตัวแบบขยายปรับค่าตามรอบ (GM(1,1) Error Periodic Correction, GM(1,1)EPC) (Lin et al., 2013) เป็นการปรับปรุงตัวแบบ GM(1,1) ด้วยการปรับค่าคลาดเคลื่อนด้วยอนุกรมฟูริเย่ (Liu, & Lin, 2010) เพื่อให้ตัวแบบสามารถปรับการพยากรณ์ไปตามความโค้งเพิ่มขึ้นลดลงของข้อมูลในอดีตที่ไม่เป็นเส้นตรงได้ ทั้งนี้สูตรการคำนวณแสดงในบทความและตำราที่อ้างถึง[3,7-8]

นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ของจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 แต่ละโรคมาคำนวณตามทฤษฎีระบบเกรย์ด้วยตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC

การตรวจสอบความแม่นยำ

ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ (Mean Absolute Error - MAE) เป็นขนาดของค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าจริงกับค่าพยากรณ์จากตัวแบบโดยไม่คิดเครื่องหมาย ความเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเฉลี่ยกำลังสอง (Mean Squared Error - MSE) เป็นขนาดของค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าจริงกับค่าพยากรณ์จากตัวแบบยกกำลังสอง ค่ารากที่สองของความคลาดเคลื่อนเฉลี่ยกำลังสอง (Root Mean Squared Error - RMSE) เป็นค่ารากที่สองของ MSE และ Mean Absolute Percentage Error (MAPE)[9]

ค่าข้อมูลจริง y_i จำนวน n ค่า โดย $i=1,2,...,n$ ส่วน y_i เป็นค่าพยากรณ์ สำหรับคาบเวลาตามข้อมูลที่นำมาใช้พยากรณ์ ส่วนค่าพยากรณ์ไปในอนาคต $i=n+1,n+2,...$

ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error - MAPE)

$$MAPE=\left(\frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\left|\frac{y_i-y_i}{y_i}\right|\right)\times 100\%$$

การนำ MAPE มาใช้เพราะ MAPE มีหน่วยเป็นร้อยละที่ทำให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ง่าย เนื่องจากไม่ต้องนึกถึงขนาดของข้อมูล โดยมีเกณฑ์ความแม่นยำดังนี้ ถ้า MAPE มีค่าน้อยกว่า 10 ตัวแบบมีความแม่นยำสูง, มีค่าระหว่าง 10 ถึง 20 ตัวแบบใช้พยากรณ์ได้ดี, มีค่าระหว่าง 20 ถึง 50 ตัวแบบมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้, และ มากกว่า 50 หมายถึง ตัวแบบไม่มีความแม่นยำ[10]

ในการพยากรณ์แต่ละโรค ทำการเปรียบเทียบค่า MAPE ของตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC เลือกตัวแบบที่มีค่า MAPE ในช่วงเวลาการพัฒนาตัวแบบที่ต่ำกว่ามาใช้พยากรณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือดรายปีโดยรวมของจังหวัดกาญจนบุรีที่เผยแพร่ต่อสาธารณะโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวนรายของผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดต่อกับผู้ป่วยรายใหม่บุคคลใด ๆ ได้ และการวิจัยก็ไม่ได้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลหรือกระการใด ๆ ต่อผู้ป่วยรายใหม่เหล่านั้นแต่อย่างใด จึงไม่เข้าข่ายงานวิจัยในคน ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2565[11] และแบบประเมินตนเอง[12] ซึ่งเมื่อไม่ใช่งานวิจัยในคนก็ไม่ต้องขอรับรองจริยธรรม แม้แต่การขอรับรองแบบ Exemption[13]

ผลการวิเคราะห์

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1. ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี

ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2557	7,150		
2558	7,031		
2559	7,146		
2560	13,331	13,331	13,331
2561	11,229	11,276	11,674
2562	12,296	11,717	11,726
2563	11,330	12,174	11,912
2564	13,163	12,649	12,685
2565	12,932	13,143	13,212
2566	13,427	13,656	13,400
2567	14,443	14,189	14,211
MAPE		3.08	3.05
ค่าพยากรณ์ 2568		14,743	15,142
เพิ่มจาก 2567 ร้อยละ		2.08	4.84

เนื่องจากข้อมูลปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 มีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าข้อมูลปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567 มาก จึงเลือกนำปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567

มาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 3.05 อยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 15,142 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 4.84 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ภาพประกอบ 1

ตารางที่ 2. ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี

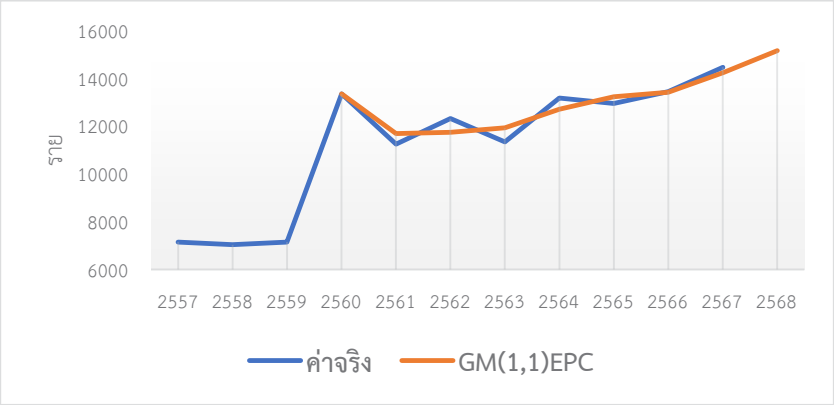
ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2556	5,254		
2557	2,886	2,886	2,886
2558	2,838	3,422	2,731
2559	2,829	3,640	2,936
2560	4,848	3,871	4,741
2561	4,152	4,118	4,259
2562	4,705	4,380	4,598
2563	4,936	4,659	5,043
2564	4,865	4,955	4,758
2565	5,569	5,271	5,676
2566	5,448	5,606	5,341
2567	5,596	5,963	5,703
MAPE		9.94	2.47
ค่าพยากรณ์ 2568		6,343	5,647
เพิ่มจาก 2567 ร้อยละ		13.35	0.92

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน เนื่องจากข้อมูลปีงบประมาณ 2556 มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าข้อมูลปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 มาก จึงเลือกนำปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 มาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.47 อยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 5,647 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 0.92 ดังแสดงในตารางที่ 2 และ ภาพประกอบ 2

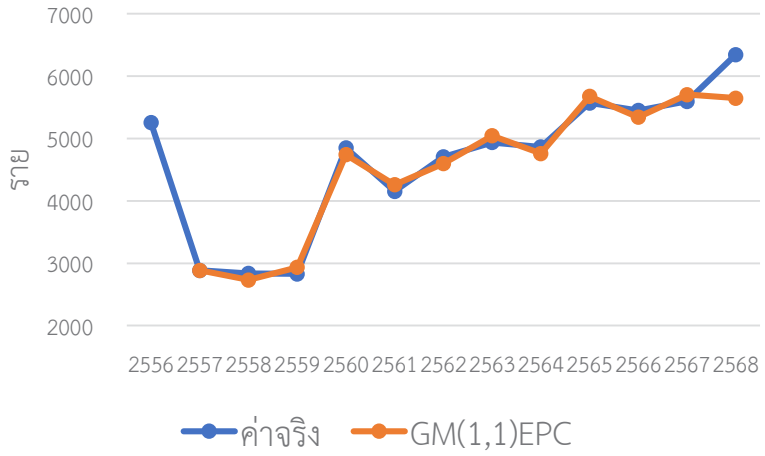
ตารางที่ 3. ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี

ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2557	115		
2558	88	42	88
2559	60	43	68
2560	61	45	53
2561	24	47	32
2562	16	49	8
2563	10	50	18
2564	141	52	133
2565	35	54	43
2566	8	56	0
2567	75	59	83
MAPE		145.54	35.01
ค่าพยากรณ์ 2568		61	87
เพิ่มจาก 2567 ร้อยละ		-10.63	28.33

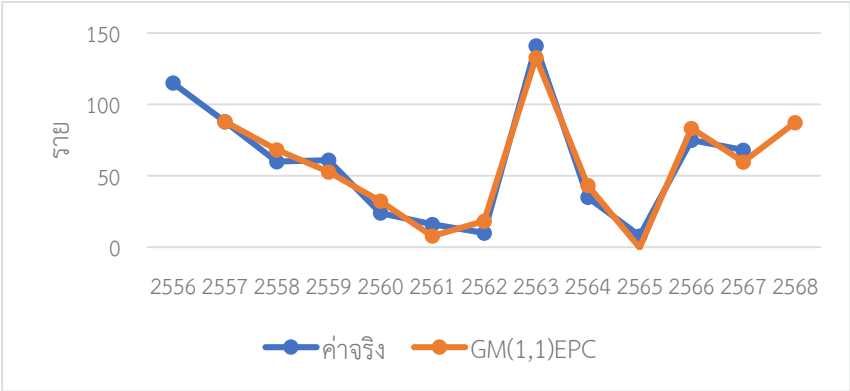
การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากข้อมูลปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าข้อมูลปีงบประมาณ 2558 ถึง 2567 มาก จึงเลือกนำปีงบประมาณ 2558 ถึง 2567 มาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 3.05 อยู่ในเกณฑ์ตัวแบบมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้ จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือดปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 87 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 28.33 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ ภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 1. ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี



ภาพประกอบ 2. ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี



ภาพประกอบ 3. ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจ

และหลอดเลือด (ราย) ในจังหวัดกาญจนบุรี

สรุปและอภิปรายผล

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปีงบประมาณ 2568 ตัวแบบที่พัฒนาตามรูปแบบของข้อมูลในอดีต โดยใช้เกณฑ์ MAPE น้อยที่สุด ตัวแบบ GM(1,1)GPC สามารถแนบชิดกับข้อมูลจริงในอดีตได้ดีกว่าในทุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พยากรณ์ สรุปได้ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง คาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 15,142 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 4.84 เนื่องจากข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567

โรคเบาหวาน คาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 5,647 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 0.92 เนื่องจากข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567 เนื่องจากข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567

โรคหัวใจและหลอดเลือด คาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 87 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 28.33 2567 เนื่องจากข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567

เมื่อเปรียบเทียบกับการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนโดยใช้ข้อมูลปี 2006 ถึง 2015 สร้างตัวแบบ GM(1,1) โดยมี MAPE ร้อยละ 11.54 10.50 และ 9.59 นั้น[3] (Duan et al., 2017) การใช้ข้อมูลจำนวนน้อยเช่นเดียวกัน ตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในการวิจัยนี้ มี MAPE ต่ำกว่าร้อยละ 10 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ขณะที่พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งข้อมูลมีความแปรปรวนสูงกล่าวคือลดลงอย่างต่อเนื่องแล้วเพิ่มขึ้นสูงมากแล้วลดลงอีกดังแสดงในภาพ 3 ทำให้ MAPE อยู่ในเกณฑ์มีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้เท่านั้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพยากรณ์ที่ใช้เพียงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในอดีตแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ได้นำเหตุการณ์แวดล้อม การดำเนินงานโครงการตามมาตรการต่าง ๆ ของพื้นที่มาพิจารณาร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ค่าพยากรณ์เป็นไปตามหลักการของการพยากรณ์อนุกรมเวลาที่เชื่อว่ารูปแบบความเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตจะดำเนินต่อไปในอนาคต14 การดำเนินมาตรการแทรกแซงในพื้นที่ย่อมจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในอนาคต ที่จะส่งผลต่อค่าพยากรณ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การติดตามเปรียบเทียบค่าพยากรณ์เมื่อข้อมูลจริงปรากฏ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาตัวแบบการพยากรณ์เพื่อเสริมการปฏิบัติงานด้านการบริหารสาธารณสุขของจังหวัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพประเด็นโรคไม่ติดต่อ ผ่าน Application smart อสม. ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1541120240306043816.pdf

2.กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

3.Duan J, Jiao F, Zhang Q, Lin Z. Predicting Urban Medical Services Demand in China: An Improved Grey Markov Chain Model by Taylor Approximation. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017; 14: 883. DOI: 10.3390/ijerph14080883

4.Deng J. Grey control system. J Huazhong Univ Sci Technolog 1982; 1: 9–18.

5.Xie N. A summary of grey forecasting models. Grey Systems: Theory and Application 2022; 12(4): 703–22. doi:10.1108/GS-06-2022-0066

6.Liu S. Grey system theory and its application. (9th Ed.). Beijing: Science Press; 2021.

7.Liu S, Lin Y. Grey system theory and its application. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010.

8.Lin YH, Chiu CC, Lin YJ, Lee PC. Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. J Mar Sci Technol 2013; 21(1): 63-75. DOI:10.61 19/JMST-011-1116-1.

9.Andrés D. Machine Learning Pills: Error Metrics for Time Series Forecasting [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 5]. Available from: from https://mlpills.dev/time-series/error-metrics-for-time-series-forecasting/

10.Lewis CD. Industrial and business forecasting methods. London: Butterworths; 1982.

11.มหาวิทยาลัยมหิดล. ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://sp.mahidol.ac.th/th/LAW/policy/2565-MU-Non-Human.pdf

12.ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. แบบประเมินว่าโครงการวิจัยของท่านเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://sp.mahidol.ac.th/th/ethics-human/forms/checklist/2022-Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf

13.พรพิมล อดัมส์. ความสำคัญของการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย. [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.tm.mahidol.ac.th/research/images/Channel/slide/S2_ep30_จริยธรรมการวิจัยในคน.pdf

14.Tableau. Time Series Forecasting: Definition, Applications, and Examples Forecasting [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 5]. Available from: https://www.tableau.com/analytics/time-series-forecasting

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

Development of nursing care model for school-age adolescents with self-harm behaviors in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 17,2024 ; Accepted: December 19,2024)

วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์[1]
Warangkana Rengpaiboonwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2565-กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 26 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือภาคีเครือข่ายสุขภาพจิต 11 คน เชิงปริมาณใช้นักเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 86 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวทางประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยี 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่าย 3)พัฒนา Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่น 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครู ด้าน สังเกต 5) พัฒนาระบบความเร็วในการคัดกรอง 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ในกลุ่มเสี่ยง และพบแพทย์ทันทีในกลุ่มเสี่ยงสูง 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พัฒนาโปรแกรมสติบำบัด ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ภาวะเครียดลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลง แนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: วัยเรียนวัยรุ่น, การทำร้ายตนเอง, การพยาบาลสุขภาพจิต

Abstract

This research was research and development. Aim to study problem context, develop and use a nursing model for school-age adolescents with self-harm behavior in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province. Data were collected between August 2022 and September 2024, a total of 26 months. Qualitative sample group was 11 mental health network partners. Quantitative sample used 86 students with self-harm behavior. Research tools included in- depth interviews in group discussions, general data collection forms, stress assessment forms, depression screening forms, suicide assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

Results of study found development of the guidelines consists of 7 important formats as follows: 1) Develop a screening system in schools using technology 2) Develop a referral system within the network schools 3) Develop a Hero consultant who is a consultant for adolescents 4) Promote knowledge sharing in teachers in terms of observation 5) Develop a speedy screening system 6) Make an appointment to re-evaluate within 2 weeks in high-risk groups and see a doctor immediately in high-risk groups 7) Develop a child and adolescent mental health clinic service system. The results of using the formats showed that stress was reduced, depression was reduced, suicidal tendencies were reduced, and satisfaction was increased. After the statistically significant development $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ respectively.

Keywords: School-age, self-harm, mental health nursing

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

สถานการณ์พฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่นจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีแนวโน้มความรุนแรงในหมู่นักเรียนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ การทำร้ายและรังแกกัน การกล่าวล้อปมด้อย การดูถูกกัน การล้อเลียนกัน ปัญหาสำคัญ และ พบว่า ร้อยละ 18.25 มีปัญหาพฤติกรรมความรุนแรง วัยรุ่นในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียง มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 14.98 และ เคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.85 นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด 20 ปีที่ผ่านมา[1] ในประเทศไทย พบปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายหรือพยายามฆ่าผู้อื่น การการพกพาอาวุธ การปล้นชิงวิ่งราว ช่วงอายุที่พบว่ามีปัญหาและก่อคดีมากที่สุดคือ 15-18 ปี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้นในวัยรุ่น ร้อยละ 17.28 การยกพวกตีกัน ร้อยละ 16.27 การทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นร้อยละ 15.21 ตามลำดับ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2560 พบว่าวัยรุ่น[2] เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.27 ต่อจำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด เมื่อจำแนกตามช่วงอายุของวัยรุ่น พบว่า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี มีการฆ่าตัวตาย 12.64 รายต่อประชากรแสนคน วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตรา 6.85 รายต่อประชากรแสนคน และพบว่า เพศชาย มีสัดส่วนการฆ่าตัวตายมากกว่าหญิง[3]

การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยประมาณ 1,200,000 คนทั่วโลก การฆ่าตัวตายต่อปีเกิดขึ้นประมาณ 17.28 รายต่อประชากรแสนคน และนับว่าเป็นการเสียชีวิตอันดับที่ 14 ของประชากรทั่วโลก[4] การฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.12 รายต่อประชากรแสนคน แนวโน้มการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ในปี 2562 กลุ่มวัยรุ่น อายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน โดยมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ พบความชุกโรคซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 4.25 และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ และเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองมากที่สุดคือการใช้สารเสพติด[5]

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.82 และพบมากที่สุดในวัยรุ่นในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สาเหตุได้แก่ วัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่อยู่ด้วยกัน และที่รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา[6] และยังพบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองบนพื้นที่โซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นการทำร้ายตนเองอีกรูปแบบหนึ่งของคนในยุคดิจิตอลที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายต่อวัยรุ่น พ่อแม่และตัววัยรุ่นเองถือเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้น ดังนั้นการที่วัยรุ่นและพ่อแม่ทราบถึงวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยลดระดับความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้อีกระดับหนึ่ง[7]

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ[8] ในปี 2565-2567 มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตรา 12.42 (16 ราย), 13.62 (16 ราย) และ 7.58 (9 ราย) ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ มีจำนวน 40 ราย, 18 ราย, และ 31 ราย ตามลำดับ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (ไม่ทำซ้ำ ใน 1 ปี) มีอัตรา 92.52 (3 ราย), 77.86 (4 ราย) และ 80.62 (6 ราย) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาพอำเภอมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าผู้ฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะปัญหาเด็กวัยรุ่นทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนปัญหาพบว่ามีสาเหตุมาจากการถูกล้อเลียนในโรงเรียน ปัญหาการไม่ยอมรับในความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) ในโรงเรียนมัธยม การฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นคือการผูกคอตาย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในโรงเรียน พบว่า กลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-24 ปี มีปัญหาในเรื่อง ครอบครัว

ปัญหาการเรียน สัมพันธภาพ มีอาการทั้งจิตใจ ความคิดฟุ้งซ่าน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ไม่มีความสุข รู้สึกไม่ดีกับตนเอง ไม่มีสมาธิ สติ และคิดทำร้ายตนเองตามมา

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งยังมีผู้ศึกษาน้อยและเพื่อใช้เป็นรูปแบบในการดูแลกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นที่จะเป็นกำลังสำคัญในพื้นที่ในอนาคต ให้มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตในโรงเรียนและชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดปัญหาการทำร้ายตนเอง รวมไปถึงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกัน รักษาฟื้นฟู และหาแนวทางการดูแลกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิต ตามแนวทางการพยาบาล และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้การดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 26 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในวัยเรียนวัยรุ่นได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 11 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน ประธาน อสม. จำนวน 11 คน รวม 49 คน ในเชิงปริมาณใช้ วัยเรียนวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอภูเขียว ที่มีช่วงอายุ 10-19 ปี ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินทางสุขภาพจิตในโรงเรียนพื้นที่อำเภอภูเขียว จำนวน 563 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในวัยเรียนวัยรุ่นได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 11 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน ประธาน อสม. จำนวน 11 คน รวม จำนวน 49 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในเชิงปริมาณใช้ วัยเรียนวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอภูเขียวที่มีช่วงอายุ 10-19 ปี ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินทางสุขภาพจิตในโรงเรียนพื้นที่อำเภอภูเขียว จำนวน 86 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความคิดในการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ครูอนามัยโรงเรียน ผู้นำในชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิต

ในวัยเรียนวัยรุ่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่าย โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่มในประเด็น ประเด็นการสัมภาษณ์ นโยบายและเป้าหมายของการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การให้บริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในโรงเรียนและชุมชน ปัญหาในการบริการสุขภาพจิตในนักเรียนและข้อเสนอแนะในการจัดบริการ แนวคำถามเพื่อค้นหา ปัญหาการให้คำปรึกษา สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น

2) โปรแกรม HERO Consultant เป็นโปรแกรมที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนในอำเภอภูเขียว โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตวัยเรียนวัยรุ่นเป็นผู้ให้คำปรึกษาในวัยรุ่นวัยเรียนที่เสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยากซับซ้อน ให้ครูในโรงเรียนหรือรับส่งต่อในกรณีที่จำเป็นผ่านระบบ School Health HERO ที่ผ่านการอบรม จะวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ปกครอง ครู และให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก แนวทางการดูแลรักษาให้คำปรึกษาตามลักษณะปัญหาที่พบ (Counselling) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการและการส่งต่อ (Refer) เสริมพลังผู้ปกครองครูให้มีกำลังใจในการดูแลเด็ก การนัดเข้าโปรแกรมสติบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ รวมถึงการส่งเข้ารับบริการติดตามผล ความก้าวหน้าของอาการสรุปประเมินผลร่วมกับทีมผู้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

3) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

4) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 5 ข้อ 4 ระดับคะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี, 1 คะแนน เป็นบางครั้ง, 2 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง, 3 คะแนน เป็นประจำทุกวัน

5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้พัฒนาขึ้น จำนวน 2 คำถาม การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มีทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ไม่มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 9 ข้อ 27 คะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน ไม่มีเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน เป็นบ่อย 3 คะแนน เป็นทุกวัน

7) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต[48] เป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 8 ข้อ ตั้งแต่คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดและดูแลตามระดับความรุนแรง

8) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบทดสอบความพึงพอใจในการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีความถี่ในความพึงพอใจ 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ การรักษาภาวะซึมเศร้า การเกิดผลดีต่อวัยเรียนวัยรุ่นตรงตามวัตถุประสงค์กำหนด การบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และ

สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม เพื่อให้สามารถสรุปประเด็นที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้โดยตรง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ ภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ **เชิงคุณภาพ** จากการทบทวนระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ทราบว่า การทบทวนสถานการณ์ปัญหาสถานการณ์การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายในอำเภอภูเขียวเฉลิมพระเกียรติพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอายุน้อยลง ปัญหาเด็กวัยรุ่นทำร้ายตนเอง self- ham เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนและถอดบทเรียน พบว่าใน ปี 2565 เกิดเหตุเด็กมัธยม ฆ่าตัวตายที่ จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงมีนโยบายคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในโรงเรียนทั้งหมด เด็กมัธยมเพศชาย อายุ 14 ปี อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สาเหตุคือการถูกล้อเลียนในฐานะเพศสภาพ (LGBTQ) ทำการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ จากนั้นจึงมีการทบทวนบทบาท และดำเนินการวางแผนออกคัดกรองโรงเรียนในพื้นที่ทั้ง 7 แห่ง เริ่มพัฒนาบทบาทครูและส่งเสริมให้มีครูและเด็กมารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโณงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติเพิ่มมากขึ้น พัฒนาและส่งเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้สามารถใช้ได้ง่ายและรวดเร็วในโรงเรียน จากการประมาณการพบว่าโรงเรียนทั้ง 7 แห่ง มีนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายถึง 2,500 คน ทำให้ยากต่อการคัดกรองให้ได้ครอบคลุมด้วยกำลังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติแต่เพียงอย่างเดียว ปัญหาที่พบการดำเนินงานพบว่า ลาเรียนไม่ได้ในกรณีที่ย้ายโรงเรียนจากที่อื่นมาจะไม่สามารถเข้าโปรแกรมสติบำบัดให้ครบตามนัดได้ วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบมุมมองทัศนคติปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว ปกปิดในการมาเข้าสู่การรักษาในครอบครัว ทัศนคติในการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน **เชิงปริมาณ** จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยเรียนวัยรุ่น จำนวน 86 คน ส่วนมากเพศหญิง จำนวน 76 คน ร้อยละ 88.37 รองลงมาเพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 11.63 การศึกษาส่วนมากมัธยมปลาย ปวช. จำนวน 30 คน ร้อยละ 34.88 รองลงมา มัธยมต้น จำนวน 24 คน ร้อยละ 27.91 คน และ กศน. จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 สถานภาพส่วนมาก โสด จำนวน 46 คน ร้อยละ 53.49 รองลงมาแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 44 คน ร้อยละ 51.16 และหม้าย จำนวน 6 คน ร้อยละ6.98 อาชีพส่วนมากนักเรียน จำนวน 41 คน ร้อยละ 47.67 รองลงมารับจ้างทั่วไป และว่างงาน จำนวน 15 คน ร้อยละ17.44 เท่ากัน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมาก 10,001-20,000 บาท จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 รองลงมา 5001-10,000 บาท จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 และ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 17.44 ตามลำดับ ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนมากอาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมา พ่อ

แม่ จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และ คนรัก จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.09 ผู้ให้คำปรึกษาดูแล ส่วนมากไม่มี จำนวน 56 คน ร้อยละ 65.12 มีที่ปรึกษา จำนวน 30 คนร้อยละ 34.88 ในจำนวนที่ปรึกษาส่วนมากเป็นเพื่อน จำนวน 16 คน ร้อยละ 18.60 รองลมา คนรัก จำนวน 9 คน ร้อยละ 10.47 และพ่อแม่ จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.49 ตามลำดับ บุคคลกระตุ้นส่วนมากเป็นเพื่อน จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมาครอบครัว จำนวน 21 คน ร้อยละ 24.42 คนรัก จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.09 สาเหตุการกระตุ้นส่วนมากครอบครัว จำนวน 35 คน ร้อยละ 40.70 รองลงมาความรัก จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 และ การเรียน จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 ตามลำดับ การเคยทำร้ายตัวเองส่วนมากเคย จำนวน 62 คน ร้อยละ 72.09 ลักษณะการทำร้ายตัวเองส่วนมากทำร้ายตนเองด้วยการแทงกรีดตนเอง จำนวน 45 คน ร้อยละ 52.33 รองลงมากินยา จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 และ ทุบ หรือ ตีศีรษะตนเอง จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 ตามลำดับ การวางแผน ส่วนมากวางแผนด้วยอารมณ์ชั่ววูบ จำนวน 47 คน ร้อยละ 54.65 รองลงมาไม่มีการวางแผน จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และวางแผนคร่าวๆ จำนวน 11 คน ร้อยละ 12.79 เจตนาการทำร้ายตนเอง ส่วนมากประชด จำนวน 35 คน ร้อยละ 40.70 รองลงมาระบายอารมณ์ จำนวน 34 คน ร้อยละ39.53 และเรียกร้องความสนใจ จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยรูปรูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง ทบทวนวรรณกรรม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับการพัฒนา 2 วงรอบ จนได้เป็นรูปแบบเฉพาะของอำเภอภูเขียว มี 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคีเครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอภูเขียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการ สังเกต ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น การให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) พัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีที่คัดกรองพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิตศึกษา 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์พิจารณารับยาและทำจิตบำบัด 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานและให้บริการทุกวันพฤหัสและทำจิตบำบัดในช่วงบ่าย สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาได้ดังนี้ **การพัฒนารูปแบบใน วงรอบที่ 1** มีดังนี้ 1) วัยรุ่นวัยเรียนไม่สามารถลาเรียนได้ ทำให้ได้รับการบำบัดได้ไม่ครบตามกำหนด จึงมีการแก้ไขโดยการประสานให้มีระบบการช่วยเหลือในเรื่องการลาเรียนกับคณะผู้บริหารโรงเรียน ทำการติดตามทางโทรศัพท์ ในวัยรุ่นวัยเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้เข้ารับการรักษาในโปรแกรมตามนัดอย่างครอบคลุม 2) การย้ายโรงเรียนมาเข้าโปรแกรมบำบัด ส่งผลให้ไม่ครบตามนัดการบำบัด จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบการดักจับ และส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงเรียนในกรณีนักเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย้ายมาจากโรงเรียนอื่น ครูผู้ทำหน้าที่จะส่งนักเรียนมารักษาทันที และทำหน้าที่ติดตามช่วยโรงพยาบาล 3) วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรมบำบัดรักษา จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบการติดตามการทำโปรแกรม โดยให้ครู และเพื่อนสนิท ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแล ให้ส่งการบ้าน ปฏิบัติตามที่โปรแกรมกำหนดจนครบตามจำนวน 4) มุมมองทางทัศนคติด้านปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว จึงมีการแก้ไขโดยการทำการอบรมปรับทัศนคติในวัยรุ่นวัยเรียนและผู้ปกครอง ให้

ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ให้เป็นเรื่องของโดยรวมและรับผิดชอบต่อสังคม 5) มีการปกปิดข้อมูลในการมาเข้าสู่การรักษาของครอบครัว จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบคัดกรองและเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นระบบ พัฒนาระบบการซักถามและแบบสอบถาม 6) ทัศนคติการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน จึงมีการแก้ไขโดยการทำการอบรมให้ความรู้การสื่อสารเชิงบวกให้กับครู และ ผู้ปกครองในครอบครัว **การพัฒนารูปแบบใน วงรอบที่ 2** มีดังนี้ 1) พบปัญหาการคัดกรองและดักจับข้อมูลทางสุขภาพจิตในโรงเรียนล่าช้า แบบฟอร์มไม่ทันสมัย รายงานถึงโรงพยาบาลได้ล่าช้า จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคีเครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พบปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลภายในโรงเรียนและภาคีเครือข่ายไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน และยังขาดการเชื่อมต่อข้อมูลกัน จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) ขาดผู้ดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่ให้คำปรึกษาใกล้ชิดในโรงเรียน จึงได้มีการปรับโดยใช้การ Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอภูเขียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ครูอนามัยโรงเรียนและผู้ประสานงานสุขภาพจิตในโรงเรียนขาดองค์ความรู้ในการสังเกตพฤติกรรมประสานโรงพยาบาล จึงได้มีการปรับโดยใช้การส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการสังเกต ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่นการให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) การเข้ารับการรักษาในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นในคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติได้ล่าช้า จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีที่คัดกรองพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิตศึกษา นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์พิจารณารับยาและทำจิตบำบัด 6) คลินิกสุขภาพจิตขาดมาตรฐานบางข้อและพบความแออัดในการให้บริการ จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานและให้บริการทุกวันพฤหัสและทำจิตบำบัดในช่วงบ่าย

3. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ผลการประเมินภาวะเครียด ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะเครียดส่วนมากมีภาวะเครียดในระดับมาก จำนวน 36 คน ร้อยละ 41.86 รองลงมาปานกลาง จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 รองลงมามีภาวะเครียดมากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และ ภาวะเครียดน้อย จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.14 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะเครียดส่วนมากมีภาวะเครียดในระดับปานกลาง จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.05 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.58 และ ระดับน้อย จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ

3.2 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมาระดับน้อย จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 และ รุนแรง จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.29 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ในระดับปานกลาง จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.05 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 22 คน ร้อย

ละ 25.58 และระดับน้อย จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ

3.3 ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนมากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง จำนวน 36 คน ร้อยละ 41.86 รองลงมาในระดับน้อย จำนวน 26 คน ร้อยละ30.23 และ ไม่มี และ ระดับรุนแรง เท่ากัน จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนมากไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย จำนวน 41 คน ร้อยละ 47.67 รองลงมาระดับน้อย จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.05 และระดับปานกลาง จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 ตามลำดับ

3.4 ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนมากไม่มีภาวะป่วยทางจิตเวช จำนวน 66 คน ร้อยละ 76.74 รองลงมาคือป่วยทางจิตเวช จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าภาวะป่วยทางจิตเวช ผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่วนมากไม่มีภาวะป่วยทางจิตเวช จำนวน 74 คน ร้อยละ 86.05 รองลงมาคือป่วยทางจิตเวช จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 ตามลำดับ

3.5 การพัฒนาความพึงพอใจในรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (SD=0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนมากพึงพอใจในด้าน การเกิดผลดีต่อวัยเรียนวัยรุ่น มีคะแนนเฉลี่ย 3.52 คะแนน (SD=0.23) รองลงมาการรักษาภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย3.19 คะแนน (S.D.=0.36) และ ตรงตามวัตถุประสงค์การรักษา คะแนนเฉลี่ย 3.16 คะแนน (SD=0.38) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.47 คะแนน (SD=0.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนมากพึงพอใจในด้าน การรักษาภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.62 คะแนน (SD=0.29) ง่ายสะดวกในการนำไปใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.49 คะแนน (SD=0.28) การเกิดผลดีต่อวัยเรียนวัยรุ่นค่าคะแนนเฉลี่ย 4.39 คะแนน (SD=0.54)

3.6 การเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า แนวโน้มการฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจ พัฒนา ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

3.6.1 การเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะเครียด พบว่า ก่อนพัฒนาภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ภาวะเครียดมีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.27 คะแนน (SD=0.46) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดลดลง 3.24 คะแนน (SD=0.38) อยู่ในระดับน้อย การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภาวะเครียดมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.63)

3.6.2 การเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า ก่อนพัฒนาภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.24 คะแนน (SD=1.38) อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง 6.83 คะแนน (SD=0.68) อยู่ในระดับน้อยมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภาวะเครียดมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.46)

3.6.3 การเปรียบเทียบผลการประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า ก่อนพัฒนาแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ แนวโน้มฆ่าตัวตายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.43 คะแนน (SD=1.26) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง 6.42 คะแนน (SD=0.24) อยู่ในระดับน้อย การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า แนวโน้มฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.78)

3.6.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ก่อนพัฒนาความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ความพึงพอใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (SD=0.40) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 4.47 คะแนน (SD=0.46) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.97) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบผลการประเมิน ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า แนวโน้มการฆ่าตัวตาย ภาวะป่วยทางจิตเวช และความพึงพอใจ พัฒนา ก่อน-หลัง การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ (n=86)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	t	p-value
ภาวะเครียด					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	6.27	0.46	ปานกลาง	-5.63	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	3.24	0.38	น้อย		
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	13.24	1.38	ปานกลาง	-6.46	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	6.83	0.68	น้อยมาก		
แนวโน้มการฆ่าตัวตาย					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	11.43	1.26	ปานกลาง	-5.78	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	6.42	0.24	น้อย		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.23	0.40	ปานกลาง	8.97	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.47	0.46	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ ปัญหาเด็กวัยรุ่นทำ

ร้ายตนเอง self- ham เพิ่มมากขึ้น พบสาเหตุคือการถูกล้อเลียนในฐานะเพศสภาพ การฆ่าตัวตายที่ใช้ด้วยการแขวนคอ พบการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรม มุมมองทัศนคติปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว ปกปิดในการมาเข้าสู่การรักษาในครอบครัว ทัศนคติในการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน ส่วนมากเพศหญิง การศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. สถานภาพส่วนมากโสด รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติ ไม่ผู้ให้คำปรึกษาดูแล ส่วนมากที่ปรึกษาคือเพื่อน บุคคลกระตุ้นส่วนมากเป็นเพื่อน สาเหตุการกระตุ้นส่วนมากครอบครัว ส่วนมากทำร้ายตนเองด้วยการแทงกรีดตนเอง วางแผนด้วยอารมณ์ชั่ววูบ เจตนาการทำร้ายตนเองส่วนมากประชด สอดคล้องกับ อัจฉรา ตราชู และคณะ[9]

การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยรูปรูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง ทบทวนวรรณกรรม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับการพัฒนา 2 วงรอบ จนได้เป็นรูปแบบเฉพาะของอำเภอภูเขียว มี 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคีเครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอภูเขียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการ สังเกต ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น การให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) พัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีที่คัดกรองพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิตศึกษา 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์พิจารณารับยาและทำจิตบำบัด 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานและให้บริการทุกวันพฤหัสและทำสติบำบัดในช่วงบ่าย สอดคล้องกับ เพ็ญสุดา ไชยเมือง[10]

ผลการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ การประเมินภาวะเครียด การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย การประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ภายหลังการพัฒนามีแนวโน้มลดลง การพัฒนาความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย และการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) เพิ่มขึ้น การให้คำปรึกษาคลินิกวัยรุ่น ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มีระบบติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกราย ครูในโรงเรียนอาสาสมัครเพื่อนนักเรียนในรูปแบบเครือข่ายกลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับ ประกอบกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะการบำบัด การคัดกรอง การประเมินภาวะทางจิต เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากร ครูในโรงเรียน ผู้ปกครอง และกลุ่มเพื่อนนักเรียน เพื่อในการรับมือในการดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยง และส่งเสริมทักษะการดูแล ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการประเมิน ทักษะการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยด่วน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วัยเรียนวัยรุ่น ครูผู้ให้การศึกษา ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรที่ดูแลวัยเรียนวัยรุ่นที่มีการทำร้ายตนเอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ สาธารณสุขอำเภอภูเขียว นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self -injury: A systematic review. Frontiers inpsychology 2017;8:1946.
2. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of theempirical literature. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2015;9:31
3. Moloney F, Amini J, Sinyor M, Schaffer A, Lanctôt KL, Mitchell RHB. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: A meta-analysis. JAMA network open 2024;7.
4. Matthew KN, Guilherme B, Evelyn JB, Christine BC, Ronald CK, Sing L. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-54.
5. วนบุษป์ ยุพเกษตร. เปิดสถิติจริงของโรคใหม่ในโลกใหม่. Creative Thailand. 10; 9 (2562):18-22.
6. อรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว, นุจรี ไชยมงคล, ไพรัตน์ วงษ์นาม. ความชุกของการจงใจทาร้ายตนเองในวัยรุ่นไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การประยุกต์ใช้สาหรับผู้เฝ้าระวัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2565, 17(4), 326-334.
7. กฤติกา สุภรัมย์, สุพจน์ คาสะอาด. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10. ศรีนครินทร์เวชสาร 2566, 38(5), 470-479.
8. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในวัยเรียนวัยรุ่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2566.
9. อัจฉรา ตราชู และคณะ. พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 323-332
10. ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์ และคณะ.การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2565;6(12):57-69.
11. เพ็ญสุดา ไชยเมือง และคณะ.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567;9(4):515-524.

กลยุทธ์การจัดเตรียมเลือดที่ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยที่สร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ ระบบ เอ บี โอ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่

Strategies to provide safe blood transfusion of unexpected antibodies in the patients of Ban Mi Hospital

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 17,2024 ; Accepted: December 19,2024)

วัชรา ป้อทองคำ[1]
watchara pothongkham[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจพบแอนติบอดีของผู้ป่วยจำนวน 12,572 คน ในปี พ.ศ. 2562 – 2566 ที่มีการบันทึกข้อมูลชนิดของแอนติบอดีที่พบจากการตรวจกรองแอนติบอดี ด้วยเทคนิคการทดสอบ LISS/gel test โดยใช้ screening cell และ panel cell ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ที่สามารถตรวจหาแอนติบอดีที่มีความสำคัญทางคลินิกและเตรียมเลือดแอนติเจนลบมาทดสอบความเข้ากันได้ให้แก่ผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า จากจำนวนผู้ขอใช้เลือด 12,572 คน พบแอนติบอดีจำนวน 619 คน (4.92%) ประกอบด้วย unexpected antibodies ชนิด Single antibody จำนวน 339 คน (54.77%) Multiple antibodies จำนวน 169 ราย (27.30%) Autoantibody จำนวน 33 ราย (5.33%) และพบ Unidentified antibodies จำนวน 78 ราย (12.60%)

คำสำคัญ: การตรวจกรองแอนติบอดี, แอนติเจน, การเตรียมเลือด, โลหิตที่ปลอดภัย

Abstract

This study was retrospective analysis of antibody screening data from 12,572 patients between 2019 and 2023. The types of antibodies detected were recorded using LISS/gel test methods with screening cells and panel cells from the Thai Red Cross Society's National Blood Centre. These tests detect clinically significant antibodies, allowing for the preparation of antigen-negative blood to be cross-matched for compatibility with the patient.

Study Results: Out of 12,572 patients requesting blood, antibodies were found in 619 cases (4.92%), including: Single unexpected antibodies: 339 cases (54.77%) Multiple antibodies: 169 cases (27.30%) Autoantibodies: 33 cases (5.33%) Unidentified antibodies: 78 cases (12.60%)

Keywords: Antibody screening, Antigen, Blood preparation, Safe blood

บทนำ

แอนติเจนของหมู่โลหิตบนเม็ดโลหิตแดงมีหลากหลายชนิด ในปัจจุบันสามารถตรวจพบได้มากกว่า 300 แอนติเจน และจำแนกออกเป็น 30 ระบบหลัก ซึ่งมีความแตกต่างไปในแต่ละเชื้อชาติการที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากแอนติเจนบนเม็ดโลหิตแดงของผู้บริจาคโลหิต ทำให้มีการสร้างแอนติบอดีตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป โดยการสร้างแอนติบอดีจะเกิดจากหมู่โลหิตของผู้ให้ที่ไม่ตรงกับผู้รับ ดังนั้นถ้าผู้รับมีหมู่โลหิตเป็นลบ ก็จะมีโอกาสสร้างแอนติบอดีเพิ่มมากขึ้น หรือถ้าผู้รับได้รับหมู่โลหิตที่มี Immunogenicity สูงจะมีโอกาสกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนที่ไม่ตรงกันได้สูงขึ้น[1] นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความถี่ของหมู่โลหิตในกลุ่มประชากร ถ้าในกลุ่มประชากรนั้นมีหมู่โลหิตที่แตกต่างกันจำนวนมาก โอกาสที่ผู้รับจะได้รับหมู่โลหิตอื่นที่ไม่ตรงกับของผู้รับจะมาก จึงเพิ่มการกระตุ้นการสร้างแอนติบอดี โดยทั่วไปแล้วก่อนการให้โลหิตแก่ผู้ป่วย ธนาคารเลือดมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาเลือดให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือด เพื่อการรักษาหรือเพื่อช่วยชีวิต เช่น

[1] งานธนาคารเลือด กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลบ้านหมี่

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำเนื่องจากโรคที่มีความผิดปกติของโลหิต หรือผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น ธนาคารเลือดต้องจัดเตรียมเลือดผู้บริจาคที่เข้ากันได้กับเลือดผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ต้องมีกระบวนการหลายขั้นตอนก่อนการให้เลือด (pre transfusion test) การทดสอบที่สำคัญ คือ ต้องทำการทดสอบหมู่เลือด ABO, Rh(D) ทดสอบความเข้ากันได้ (compatibility test) ระหว่างเม็ดเลือดแดงของผู้บริจาค (donor) และ serum หรือ plasma ของผู้ป่วยที่ขอรับเลือด (recipient) และมีการตรวจคัดกรองเพื่อหาแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง (antibody screening test) ใน serum หรือ plasma ของผู้ป่วยด้วยเมื่อพบ antibody screen test positive จะต้องหาชนิดของแอนติบอดี (antibody identification test) เพื่อหา unexpected antibody ซึ่งมีรายงานว่าพบได้ร้อยละ 0.3-4.7 ขึ้นกับเทคนิคการตรวจและกลุ่มประชากรที่ศึกษา unexpected antibodies หมายถึง แอนติบอดีของระบบอื่น ๆ นอกจากระบบ ABO เช่น แอนติบอดีของระบบ Lewis, P, MNSs, Rh, Kell, Kidd และ Duffy เป็นต้น[2,3]

ผู้ป่วยที่สร้างแอนติบอดีอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเลือดมาก่อน หรือเกิดจากการกระตุ้นให้สร้างแอนติบอดีจากการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ เช่น ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีโอกาสสร้างแอนติบอดีได้หลายชนิด เมื่อทราบชนิดแอนติบอดีของผู้ป่วยแล้ว จึงเลือกเลือดที่ไม่มีแอนติเจนเดียวกับแอนติบอดีที่ตรวจพบมาทำ crossmatch ให้ผู้ป่วย โดยต้องเลือกชนิดของแอนติเจนบนผิวเม็ดเลือดแดง (RBC antigen phenotyping test) ในเลือดบริจาคที่ไม่มีแอนติเจนนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและปลอดภัยจากการรับเลือด พร้อมกับต้องทำ antigen typing ของเลือดผู้ป่วย เพื่อเป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่มีแอนติเจนนั้นจริง จึงสามารถสร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนได้[4]

จากการปฏิบัติงานของธนาคารเลือดโรงพยาบาลบ้านหมี่ ผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ พ.ศ.2552 ถึง พ.ศ.2566 ที่มีการตรวจคัดกรองเพื่อหาแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง (antibody screening test) ใน serum หรือ plasma ของผู้ป่วยเมื่อพบ antibody screen test positive และตรวจหาชนิดของแอนติบอดี (antibody identification test) พบunexpected antibody ต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดระบบต่างๆ จำนวน 12,572 คน[5] ซึ่งเป็นผู้ป่วยได้รับเลือดมาก่อน หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ทำให้การจัดเตรียมเลือดให้แก่ผู้ป่วยทำได้ยากยิ่งขึ้น ต้องมีการเลือกเลือดของผู้บริจาคที่มีแอนติเจนลบชนิดที่ตรงกันให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสร้างแอนติบอดี ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดเตรียมเลือด รวมทั้งมีผลต่อความไม่พึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

ดังนั้นเพื่อความรวดเร็วในการหาเลือดให้ผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้นำข้อมูลการตรวจพบชนิดของแอนติบอดีในผู้ป่วยมาวิเคราะห์ เพื่อหาความชุกของแอนติบอดีชนิดต่างๆ ที่มีความสำคัญทางคลินิกนอกเหนือจากระบบ ABO ในผู้ขอรับโลหิตของโรงพยาบาลบ้านหมี่ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้เก็บไว้เป็นฐานข้อมูลของผู้ป่วยขอรับโลหิต เพื่อลดระยะเวลาในการจัดหาโลหิตที่เข้ากันได้ให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องมารับเลือดครั้งต่อไป กรณีที่ผู้ป่วยมีแอนติบอดีในระบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากระบบ ABO (unexpected antibody) ได้อย่างปลอดภัยและทันท่วงที พร้อมกับสำรองเลือดผู้บริจาคแอนติเจนลบ โดยขอจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ไว้ล่วงหน้าสำหรับเลือกเลือดให้ผู้ป่วยที่มีแอนติบอดี เป็นการลดเวลาในการตรวจหาเลือดผู้บริจาคที่ไม่มีแอนติเจนตรงกับแอนติบอดีของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดเพื่อการรักษาเร็วขึ้น ไม่เสียเวลารอคอยเลือดและเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจหาชนิดของแอนติเจนที่ต้องการ และเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการให้เลือด และส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย[6]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแอนติบอดีของผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำรองเลือดไว้ให้กับผู้ป่วยที่สร้างแอนติบอดีทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดที่ปลอดภัย รวดเร็ว

3. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดหาเลือดที่ทำการทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด ก่อนนำไปให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแอนติบอดีหลายตัว ผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดบ่อยๆ และผู้ป่วยขอเลือดด่วน

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ขอใช้เลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ พ.ศ.2562 ถึง พ.ศ.2566 จำนวน 12,572 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ขอใช้เลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ พ.ศ.2562 ถึง พ.ศ.2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดย มีการตรวจคัดกรองเพื่อหาแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง (antibody screening test) ใน serum หรือ plasma ของผู้ป่วยด้วย เมื่อพบ antibody screen test positive และตรวจหาชนิดของแอนติบอดี (antibody identification test) พบ unexpected antibody ต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดระบบต่างๆ จำนวน 12,572 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุที่ขอใช้เลือด จำนวนครั้งที่เคยได้รับเลือด ส่วนที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองหาแอนติบอดี

2) เครื่องมือในการตรวจคัดกรองหาแอนติบอดี โดยใช้เทคนิค การทดสอบ LISS/gel test ใช้ screening cell และ panel cell ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1. ID-Incubator 37 SI
2. ID-Pipetor
3. ID-Tips (Pipetor tips)
4. Suspension Tubes
5. ID- Working table
6. ID-Centrifuge 12 II
7. DiaCent-12

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณความชุก (Prevalence) ของการตรวจพบชนิดแอนติบอดีในผู้ป่วย โดยคิดเป็น ความถี่ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 เลขที่ 2567/22

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของผู้ที่ขอใช้เลือดและตรวจพบแอนติบอดีบวก โรงพยาบาลบ้านหมี่ (N=619)

ลักษณะของผู้ที่ขอใช้เลือด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	289	46.69
หญิง	330	53.31
อายุ mean ± SD (min-max)	59.67 ± 17.78 (10-98)	
สาเหตุที่ขอใช้เลือด		
Anemia	177	28.59
Sepsis	112	18.09
UGIB	114	18.42
Cystitis Hemorrhage	18	2.91
ESRD	158	25.53
Thalassemia	40	6.46
จำนวนครั้งที่เคยได้รับเลือด		
ครั้งแรก	21	3.39
2-5 ครั้ง	184	29.73
6-10 ครั้ง	123	19.87
11-15 ครั้ง	62	10.02
> 15 ครั้ง	229	37.00
mean ± SD (min-max)	13.01 ± 11.53 (1-50)	

จากตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ที่ขอใช้เลือดและตรวจพบแอนติบอดีบวก โรงพยาบาลบ้านหมี่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 330 คน (53.31%) สาเหตุที่ขอใช้เลือดจากภาวะโลหิตจาง 177 คน (28.59%) จำนวนครั้งที่เคยได้รับเลือด > 15 ครั้ง 229 คน (37%)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนของ Antibody screening and identification ของผู้ที่ขอใช้เลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่

	จำนวน	(%)
Samples tested	12,572	
Antibody screening positive	619	4.92
-Single antibodies	339	54.77
-Auto antibodies	33	5.33
-Unidentified antibodies	78	12.60
-Multiple antibodies	169	27.30

จากตารางที่ 2 จำนวนผู้ขอใช้เลือด 12,572 คน พบแอนติบอดีจำนวน 619 คน (4.92%) ประกอบด้วย unexpected antibodies ชนิด Single antibody จำนวน 339 คน (54.77%) Multiple antibodies จำนวน 169 ราย (27.30%) Autoantibody จำนวน 33 ราย (5.33%) และพบ Unidentified antibodies จำนวน 78 ราย (12.60%)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนของ Antibody screening ชนิด Single antibodies ของผู้ที่ขอใช้เลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่ (N=339)

Single antibodies	Study 2019-2023	Jongrak Jantoon[7] 2015-2019	Rungroung et al[8] 2013-2016	Buathong et al[9] 2014-2016
	N (%)	**N (%)**	N (%)	N (%)
anti-D	-	63 (1.82)	91 (1.0)	3 (0.24)
anti-C	-	17 (0.49)	75 (0.8)	10 (0.8)
anti-E	79 (23.30)	318 (9.19)	1,603 (17.6)	259 (20.67)
anti-c	13 (3.83)	20 (0.58)	258 (2.8)	87 (6.94)
anti-M	-	70 (2.02)	270 (3.0)	12 (0.96)
anti-N	-	8 (0.23)	9 (0.1)	0 (0.00)
anti-P1	-	118 (3.41)	267 (2.9)	19 (1.52)
anti-Le [a]	-	263 (7.60)	607 (6.6)	117 (9.34)
anti-Le [b]	-	72 (2.08)	482 (5.3)	-
anti-Mi[a]	**204 (60.18)**	**1,146 (33.11)**	**3,350 (36.7)**	**324 (25.86)**
anti-Jk [a]	8 (2.36)	152 (4.39)	157 (1.8)	58 (4.63)
anti-Jk [b]	-	18 (0.52)	99 (1.1)	31 (2.47)
anti-K	-	7 (0.20)	24 (0.3)	3 (0.24)
anti-H	-	1 (0.03)	1 (<0.1)	0 (0.00)
anti-Fy[a]	-	3 (0.09)	7 (0.1)	2 (0.16)
anti-Fy[b]	11 (3.24)	25 (0.72)	64 (0.7)	20 (1.6)
anti-Di[a]	12 (7.09)	16 (0.46)	285 (3.1)	10 (0.80)
anti-S	-	19 (0.55)	117 (1.3)	5 (0.40)
autoantibody	-	105 (0.33)	-	56 (4.57)
unidentify	-	1,015 (29.33)	1,292 (14.2)	224 (17.88)
Total	**339 (100)**	**3,461 (100)**	**9,124 (100)**	**1,253 (100)**

จากตารางที่ 3 จำนวนของ Antibody screening ชนิด Single antibodies ของผู้ที่ขอใช้เลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่ส่วนใหญ่เป็นชนิด anti-Mi^a จำนวน 204 คน (60.18%) รองลงมาเป็นชนิด anti-E จำนวน 79 คน (23.30%)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนของ Antibody screening ชนิด Multiple antibodies ของผู้ที่ขอใช้เลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่ (N=169)

Multiple antibodies	N (%)
anti-E+Mi^a	58 (34.31)
anti-E+c	16 (9.47)
anti-Fy^a+Jk^b	4 (2.28)
anti-E+N	2 (1.18)
anti-E+Fy^b	6 (3.66)
anti-Mi^a+c	52 (30.77)
anti-E+Mi^a+Le^a+Le^b	1 (0.59)
ant-E+Mi^a+c+Le^b	1 (0.59)
anti-E+Mi^a+Jk^b	1 (0.59)
anti-Mi^a+S+Le^a+Le^b	1 (0.59)
anti-E+c+Fy^b	1 (0.59)
anti-E+c+Jk^a	1 (0.59)
anti-E+Jk^a+Fy^b	1 (0.59)
anti-E+c+Mi^a	23 (13.61)
anti-E+c+Mi^a+Jk^a	1 (0.59)

จากตารางที่ 4 ชนิด Multiple antibodies ของผู้ที่ขอใช้เลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่ส่วนใหญ่เป็นชนิด anti-E+Mi^a จำนวน 58 คน (34.31%) รองลงมาเป็นชนิด anti-Mi^a+c จำนวน 52 คน (30.77%)

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจแยกชนิดแอนติบอดีต่อแอนติเจนหมู่เลือดของเม็ดเลือดแดงนั้นมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิด HTRs และ HDFN ทั้งนี้ผลการตรวจกรองแอนติบอดีนั้นยังมีความสำคัญต่อการลดปัญหาของ alloimmunization ได้ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยรับเลือด หญิงตั้งครรภ์ และผู้บริจาคเลือดจากรายงานความชุกของการตรวจพบผลบวกของการตรวจกรองแอนติบอดีในผู้บริจาคเลือดพบได้น้อยประมาณ ร้อยละ 0.1-0.9 ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดพบได้ร้อยละ 2.9 และผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับเลือดบ่อยครั้งจะพบอัตราการสร้าง unexpected antibodies ได้สูงขึ้น ตั้งแต่ร้อยละ 9 ถึงร้อยละ 30[10]

จากจำนวนผู้ขอใช้เลือด 12,572 คน พบความชุกแอนติบอดีจำนวน 619 คน (4.92%) ประกอบด้วย unexpected antibodies ชนิด Single antibody จำนวน 339 คน (54.77%) Multiple antibodies จำนวน 169 ราย (27.30%) Autoantibody จำนวน 33 ราย (5.33%) และพบ Unidentified antibodies จำนวน 78 ราย (12.60%) ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศ ได้แก่ ทองใบ รุ่งเรือง และคณะ[11] พบว่ามีการสร้างแอนติบอดี ร้อยละ 4.7% จากจำนวนผู้ป่วย 193,813 ราย การศึกษาศกลวรรณ มาดา[12] ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการขอรับเลือดพบว่าให้ผลบวกการตรวจกรองแอนติบอดี 3.43% นอกจากนี้การศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมามีปริมาณการใช้โลหิตในการรักษาผู้ป่วยจานวนมาก และในจำนวนผู้ป่วยที่ขอรับโลหิต พบว่าผู้ป่วยบางรายตรวจพบ unexpected antibodies ซึ่งเป็นแอนติบอดีของหมู่โลหิตระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบ ABO โดยมีรายงานการตรวจพบแอนติบอดีร้อยละ 0.3-4.71[13]

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ พบว่าในผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดมีการสร้างแอนติบอดี ชนิด anti-Mi^a มากที่สุด 60.18% รองลงมา คือ แอนติบอดีในระบบ Rh ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นจากการรับเลือด หรือการตั้งครรภ์ ในกลุ่มนี้ประกอบด้วย anti-E 23.30%, anti-c 3.83% ซึ่งจะต้องเลือกเลือดที่มีแอนติเจนลบให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่ขอเลือด ส่วนในกลุ่มแอนติบอดีที่เกิดจากการกระตุ้นจากการรับเลือด ระบบ Kidd พบ anti-Jk^a 2.36% ในระบบ Kidd เมื่อสร้าง แอนติบอดีแล้วจะต้องได้รับเลือดที่มีแอนติเจนลบทุกครั้ง เพราะทำให้เกิด transfusion reaction ที่รุนแรง และพบ anti-Di^a 7.09% ซึ่งกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในการหาเลือดให้ เพราะ

คนไทยมี K(-) และ Di(a-) จำนวนมากซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทย[14-15]

เมื่อเปรียบเทียบชนิดของแอนติบอดีในผู้ป่วยของธนาคารเลือด โรงพยาบาลบ้านหมี่ กับการศึกษาอื่น ได้แก่ Rungroung et al, Buathong et al พบว่ามีการสร้าง anti-Mi^a มาเป็นอันดับแรก และ anti-E รองลงมาเช่นเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันของการพบแอนติบอดี เช่น anti-N, anti-c และ anti-Jk^a สำหรับ Multiple antibodies ที่พบบ่อย คือ anti-E+Mi^a รองลงมา anti- E+c และ anti- E+c+Mi^a ตามลำดับ จากการหาแอนติเจนระบบต่างๆ ไว้ล่วงหน้าทำให้จัดหาเลือดที่มีแอนติเจนลบได้รวดเร็ว เพื่อนำมาทำ crossmatch ได้โดยไม่ต้องตรวจหาแอนติเจนซ้ำ การเตรียมเลือดสำหรับผู้ป่วยที่มี multiple antibodies สามารถนำเลือดที่ได้ศึกษาแอนติเจนบางชนิดไว้แล้วมาตรวจต่อได้ สำหรับข้อมูลแอนติเจนของผู้ขอรับเลือดที่เคยศึกษาไว้แล้วจะต้องลงบันทึกในฐานข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการจัดหาโลหิตให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับโลหิตเป็นประจำ ป้องกันการเกิด Alloimmunization ในระยะยาว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด Hemolytic transfusion reaction

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจหาแอนติเจนในผู้ขอใช้เลือด และนำเลือดตรงกับชนิดของแอนติเจนของผู้ป่วยจะมีประโยชน์มากขึ้น สามารถนำไปขยายผลใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับเลือดบ่อยๆ ในลักษณะของการให้เลือดชนิด antigen match ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสร้าง Alloantibodies ซึ่งหากต้องการเลือดจะต้องเสียเวลาในการจัดหา และค่าใช้จ่ายในการทำ Antibody identification

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการตรวจหาแอนติเจนในผู้บริจาคโลหิต ซึ่งสามารถ print label ที่บอกชนิด red cell phenotype สำหรับติดที่หน้าถุงเลือด ทำให้สามารถเลือกเลือดให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Patidar GK. Antibody screening of healthy blood donors: It's time to make it mandatory. J Blood Disorders Transf 2015;6:245.
2. Fung MK, Eder AF, Spitalnik SL, Westhoff CM. Technical manual. 19thed. Bethesda, MD: AABB;2017.
3. Sinkitjasub A, Chanta P, Thienthaworn J. Prevalence of unexpected antibodies in transfused patients and pregnant woman at Taksin Hospital. J HematolTransf Med 2016;26:347-55.
4. Pongernnak P, Sasjeenpong S, Chuesakul K, Pangwangthong K. The prevalence of red blood cell alloantibodies in lower northern Thailand. J Med Assoc Thai 2016; 99:1337-43.
5. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านหมี่. สถิติธนาคารเลือด พ.ศ.2562-2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่.
6. Chidtrakoon S, Jeumjanya N, Sasikarn W, Intharanut K, Nathalang O. Prevalence and Specificity of Red Cell Alloantibodies in Repeated Antibody Screening among Thai Blood Donors. J Med Tech Assoc Thailand 2018;46:6241-52.
7. จงรัก จันฑูรย์. กลยุทธ์การจัดเตรียมโลหิตที่ปลอดภัย รวดเร็ว ให้ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยการตรวจแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในโลหิตบริจาค. 2563.
8. Rungroung T, Vejbaesya S, Rodpong P, Pimsamsee W, Chongkowatana V.Red Cell Phenotype in blood donors to provide safe blood transfusion for transfused Patients at Siriraj Hospital. J Hematol Transfus Med. 2018; 28:423-30.
9. Buathong D, Hassarin S. Detection of clinically singnificant minor blood group antigens of blood donors in Songklanagatind Hospital. Songkla Med J. 2016;34:109-18
10. Srijinda S, Bosuwan S, Nuanin C, Suwannasophon C. Anti-Mia and anti-E: The most common clinically significant red cell alloantibodies in patients at Phramongkutklao Hospital. RTA Med J. 2017;70:65-71.

11. ทองใบ รุ่งเรือง, ศศิจิต เวชแพศย์, ภิญญดา โรจน์พวง, วราภรณ์ พิมสามสี และ วิโรจน์ จงกลวัฒนา. การตรวจแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในโลหิตบริจาค เพื่อเตรียมเลือดที่ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดที่โรงพยาบาลศิริราช. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2561;28:423-30.
12. ศกลวรรณ มาดา. การศึกษาความชุกของแอนติบอดีต่อหมู่เลือดระบบอื่นๆนอกเหนือจากระบบเอบีโอในผู้ป่วยโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2557, 34(2), 31-39
13. ศศิธร หัสวาที. การตรวจแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในโลหิตบริจาคเพื่อเตรียมโลหิตให้กับผู้ป่วยที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อหมู่โลหิตระบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ระบบเอบีโอ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. https://www.mnrh.go.th/pdf_file_academic/academic_25650425.pdf.
14. Sinkitjasub A, Chanta P, Thienthaworn J. Prevalence of unexpected antibodies in transfused patients and pregnant woman at Taksin Hospital. J HematolTransf Med 2016;26:347-55.
15. Kaset C, Nathalang S, Leetrakool N, Nathalang O. Detection of MNS hybrid molecules in Central and Northern Thai blood donors. J Hematol Transf Med 2015; 25: 101-5.

ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง

Effect of Diabetes Self-management Education and Support (DSMES) of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients in Diabetes clinic , Nongsonghong Hospital.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 17,2024 ; Accepted: December 19,2024)

มณีรัตน์ ทางดี[1]
Maneerat Thangdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากจากทะเบียนรายชื่อ คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เก็บข้อมูลที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง ใช้แบบสอบถาม การวัดความรู้ การประเมินคุณภาพชีวิต การจัดการตนเอง และตรวจHbA1C วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับรูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง ติดตามเยี่ยมและทบทวนความรู้ทาง Line วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 42.50 กระบวนการของรูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล หลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05, t= -17.62, -11.04, -7.97) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าHbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05,t = 7.03)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, การจัดการตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research used simple random sampling and purposive sampling to select 40 participants from the diabetes clinic at Nong Song Hong Hospital. Data was collected using questionnaires to assess knowledge, quality of life, and self-management, as well as HbA1C tests before and after the 24-week intervention. Participants received diabetes self-management education and support (DSMES), with follow-ups and knowledge reinforcement via the Line app. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

Results: The majority of participants were female (77.50%) and aged 51-60 years (42.50%). The intervention involved four steps: problem identification, model development, model implementation, and evaluation. Post-intervention, significant improvements were observed in knowledge, self-management, and quality of life (p-value < 0.05; t = -17.62, -11.04, -7.97). Additionally, HbA1C levels significantly decreased (p-value < 0.05; t = 7.03).

Keywords: Diabetic Type 2, Control blood sugar, Self-Management

[1] โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของ The International Diabetes Federation (IDF)[1] ในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคนทั่วโลก ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกร้อยละ 10.5 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนทั่วโลก(ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกร้อยละ 11.3) ในปี 2573 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนทั่วโลก(ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกร้อยละ 12.2) ในปี 2588 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 3.5 ล้านคน จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 70.50, 69.78และ 67.155 ตามลำดับ ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ร้อยละ 76.36, 74.85, 73.98 ตามลำดับ โดยจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 นั้น พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คิดเป็น ร้อยละ 76.06, 75.49และ73.51 ตามลำดับ[2] ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรัง แผลที่เท้าเรื้อรังที่อาจลุกลามถึงต้องตัดเท้าหรือขา ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา เพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่ภาคปฏิบัติอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพทุกระดับ โดยกำหนดแนวทาง และมาตรการยกระดับคุณภาพเชื่อมโยงการดูแล ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในทุกเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการป้องกัน ควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตาม ตัวชี้วัดคือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาล ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 โดยเป้าหมายของการรักษาคือน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C ; HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7[3] จึงจะป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

โรงพยาบาลหนองสองห้องเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง จากข้อมูลทางสถิติปีงบประมาณ 2564 - 2566 นั้น พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ เท่ากับ 462.19, 496.01และ611.44 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี จากการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้ว่าคลินิกโรคเบาหวาน ได้มีการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค แต่ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 คิดเป็นร้อยละ 82.54, 79.61และ84.50 ตามลำดับและพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.38และเพศชาย ร้อยละ 35.62 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 80.18 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.54 เพศชาย ร้อยละ 35.46และอายุมากกว่า60 ปีขึ้นไป ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ร้อยละ 19.82 เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.72 เพศชาย ร้อยละ 36.28 [2] จากการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้องที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางกลุ่มยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา มีการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวาจารายบุคคลและการให้ความรู้ในการดูแลตนเองรายกลุ่ม

ประกอบด้วยสื่อการสอน แต่ยังพบว่ามีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและพร่องต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรค ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการมีน้ำตาลในเลือดต่ำหรือมีน้ำตาลในเลือดสูง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตจอประสาทตา ระบบ ประสาท หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองได้ จากแนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวานที่กำหนดให้มีการให้ความรู้ เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานได้ (Diabetes Self Management Education: DSME)[4] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของเป็นเบาหวาน (Diabetes Self Management Education and Support: DSMES) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการบูรณาการ การให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education: DSME) และ การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self Management Support: DSMS) เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกคน DSMES เป็นกระบวนการต่อเนื่องของการอำนวยความสะดวก ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็น สำหรับการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน ตลอดจน กิจกรรมที่ช่วยเหลือบุคคลในการดำเนินการและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จำเป็น การประสานกับทีม สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง พัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกและ เพิ่มคุณภาพชีวิต[5-11] และมีการศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่าน แอพพลิเคชั่น (Application) ต่างๆ รวมถึงให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์หรือ Telemedicine และวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพื่อติดตามผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ผ่านทางแอพพลิเคชั่น (Application) หรือผ่าน Telemedicine สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยสื่อกลางที่ให้ความรู้เหมือนกันคือ ผ่านระบบอินเทอร์เนตหรือผ่านสมาร์ทโฟน แต่มีความแตกต่างกันคือข้อมูลในการให้ความรู้และความถี่ในการติดตามผลระดับน้ำตาลในแต่ละงานวิจัย[12-17]

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเพื่อตอบสนองแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความตระหนักถึงประเด็นปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง โดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self Management Education and Support; DSMES) และมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในกิจกรรม ประกอบไปด้วย สื่อการสอน การสื่อสารระหว่างกลุ่ม การให้คำปรึกษาโดยผ่านทาง Line Application โดยเน้นเรื่องของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งและกัน (Group Discussion) และ มีการติดตามทาง Line Application Group ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในวัยทำงาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นรูปแบบในการดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังต่างๆ และเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง

วิธีการวิจัย

ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{(Z\alpha+Z\beta)^2\,\sigma^2}{\Delta^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z\alpha$ = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่า α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น $Z\alpha$ = 1.96

β = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจทดสอบเท่ากับ 95 ค่า β เท่ากับ 0.05

ดังนั้น $Z\beta$ = 1.645

Δ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจาก Pretest และค่าเฉลี่ยจาก Posttest

σ = standard deviation of mean difference

สำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของกฤตกร หมั่นสระเกษและคณะ[12] เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 83.37และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 90.60 และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.23 นำมาแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{(1.96+1.645)^2 11.76^2}{7.23^2}$$

n = 34.39

n = 35 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้คำนวนขนาดตัวอย่างเพื่อไม่ให้ข้อมูลที่เก็บได้จริงมีขนาดตัวอย่างที่เล็กกว่ากำหนด

$$n\ adj = \frac{n}{(1-d)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร

n adj = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

d = สัดส่วนการตกสำรวจหรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 35 คน คาดว่าจะมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างวิจัยร้อยละ 5 แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{35}{(1-0.05)}$$

n = 38.78

n= 39 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 40 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากจากทะเบียนรายชื่อ จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม คือ รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C), แบบประเมินความรู้ จำนวน 20 , แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO จำนวน 26 ข้อ และแบบประเมินการจัดการตนเอง (Patient Activation Measure 13;PAM 13) จำนวน 13 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ คุณภาพชีวิต และแบบประเมินการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ REC 057/2566 เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน ร้อยละ 77.50 และ เพศชาย จำนวน 9 คน ร้อยละ 22.50 อายุ ส่วนมาก 51-60 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 42.50 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 16 คน ร้อยละ 40.00 อายุ > 60 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.00 และ 31-40ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ (Mean = 50.83, Min= 34, Max= 65)

รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนารูปแบบดังนี้

1 ศึกษาข้อมูล สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

2 วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวบรวมผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) จากข้อมูลในระบบ Hos XP ของโรงพยาบาลหนองสองห้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

3 ศึกษาข้อมูลมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES)

4. สร้างรูปแบบโดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self- Management Education and Support: DSMES)

5. ภายหลังได้รับเอกสารจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม

6. จัดกิจกรรมตามรูปแบบโดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมิน (Assessment) สัปดาห์ที่ 0 2) ตั้งเป้าหมาย (goal setting) มีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย 3) วางแผน (Planning)เพื่อการวางแผนให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง 4) การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation) กิจกรรมเพื่อการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

(กิจกรรมแรกรับและทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกเบาหวานสัปดาห์ที่ 0,8,16) การให้ความรู้ตามมาตรฐาน 7 ด้าน (AADE7 Self- Care Behaviors) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ได้แก่ (1) ด้านโภชนาการ (2) การออกกำลังกาย (3) การใช้ยาที่ถูกต้อง (4) การวางแผนและแก้ไขปัญหา (5) การดูแลตนเองในภาวะพิเศษ (6) การจัดการด้านอารมณ์และแก้ไขปัญหา (7) การติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน โดยใช้สื่อในการให้ความรู้ (1)แผ่นภาพพลิก(2) โทรศัพท์ หรือ smart phone สำหรับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและให้ความรู้โดยผ่าน Line Application (3)ตัวอย่างอาหารสุขภาพ plate model, Food model (4) VDO clip (5) Infographic กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง 5.) การประเมินผลและติดตาม (Evaluation/Monitoring)

ก. ประเมินค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) รวมถึงค่าน้ำหนักตัว ความดันโลหิต และ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เมื่อมาตามนัดที่คลินิกเบาหวาน (สัปดาห์ที่ 8,16,24)

ข. ใช้ Brief Advice: BA การให้คำแนะนำแบบสั้น โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจ

ค. สัปดาห์ที่ 4,12,20 ประเมินผลและติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line Application (VDO call) เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ หรือ Line Application พร้อมทั้งประเมินผลด้วยการสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้กำลังใจ สร้างเสริมสนับสนุนในการจัดการตัวเอง โดยโทรในวันและเวลาราชการ (จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 12.00 – 16.00 น.) ระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุยประมาณครั้งละ10 – 15 นาที และมีการทบทวนความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผ่าน Line Application 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ง. สัปดาห์ที่ 24 สิ้นสุดโครงการ ให้ทำแบบสอบถาม (Posttest)และเจาะเลือดประเมินค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการใช้รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง

1. ผลการใช้รูปแบบ ก่อน-หลัง การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง การประเมินความรู้ การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 12.68 คะแนน เป็น 15.18 คะแนน การจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นจาก 33.68 คะแนน เป็น 39.15 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 89.8 คะแนน เป็น 97 คะแนน

2. ผลการใช้รูปแบบ ก่อน-หลัง การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง การเปรียบเทียบระดับความรู้ พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับความรู้เฉลี่ย 12.68 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นเป็น 15.18 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p<0.001$, $t= -17.62$)

การเปรียบเทียบระดับการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับการจัดการตนเอง เฉลี่ย 33.68 คะแนน ภายหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 39.15 คะแนน การทดสอบทางสถิติพบว่าระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p<0.001$, $t= -11.14$)

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 89.8 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 97.00 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p<0.001$, $t=-7.97$)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง (n=40)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ความรู้	12.68	1.55	15.18	1.14	-17.62	<0.001*
2. การจัดการตนเอง	33.68	5.26	39.15	2.15	-11.14	<0.001*
3. คุณภาพชีวิต						
ด้านสุขภาพกาย	17.43	2.91	19.43	2.07	-6.24	<0.001*
ด้านจิตใจ	18.50	1.87	20.17	1.17	-3.03	0.030*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	16.33	3.06	18.00	4.58	-1.90	0.198
ด้านสิ่งแวดล้อม	16.88	2.71	17.38	2.37	-3.00	0.019*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	89.8	2.36	97.00	2.65	-7.97	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

3. ผลการใช้รูปแบบ ก่อน-หลัง การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง การเปรียบเทียบระดับ HbA1C พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับ HbA1C มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.82 ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีระดับ HbA1C ลดลงจากเดิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.76 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p<0.001, t=7.03)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง (n=40)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
HbA1C	9.82	2.23	7.76	1.73	7.03	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังควบคุมอาหารไม่ได้ พบปัญหาการกินผลไม้ตามฤดูกาลเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาไม่ถูก ฉีดยาไม่ถูก ลืมกินยา ปรับยาเอง มีการขาดนัด ขาดยา จึงได้ปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก 51- 60 ปี เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรับประทานข้าวเหนียว การรับประทานผลไม้ การมีวินัยในการรับประทานยา และดูแลตัวเอง จะสามารถแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับ ธีร์ธวัช บันลือคุณ[18]

รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการดูแลตนเองทำให้ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ถูกต้อง และมีกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเองตามบริบทการดำเนินงานทำให้สามารถช่วยแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างถูกต้องและเปลี่ยนแปลงจากภายในตัวบุคคลได้ สอดคล้องกับ กับ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ[7]และสอดคล้องกับปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์และคณะ[9]
ผลการใช้รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับความรู้ การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับธัญญาลักษณ์ แซ่ตั้ง[8] และสอดคล้องกับมานพ ผสม[19] และพบว่าภายหลังใช้รูปแบบระดับ HbA1C ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับกิเริ่น โซนี และคณะ[5]และสอดคล้องกับ สาวิตรี นามพะธาย[15] และสอดคล้องกับ ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์และคณะ[9]

ข้อเสนอแนะ

1.การดูแลตนเองการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเน้นการจัดการตนเอง และใช้แนวทางที่ทันสมัยโดยบูรณาการส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน

2. ควรมีการดำเนินงานในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการดูแลตนเองร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นประจำ

3. ควรวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมอำเภอทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองสองห้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสองห้อง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. The International Diabetes Federation (IDF) .IDF Diabetes Atlas10th edition. [Internet]. [Cited 2024 Jan 20]. available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเตอร์เน็ต]. 30 กันยายน 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php
3.กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562).แผน ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579. นนทบุรี
4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ฯ และคณะ.(2563). แนวทางพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
5. กิเริ่น โซนี และคณะ.(2560).ผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ. หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.Chiangrai Medical journal, 9(2),19-28.
6.จารุภัณฑ์ กุลเสถียรและภัทรพร เกียรติปานอภิกุล.(2565).เปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะสั้นระหว่างการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองที่ศูนย์เบาหวานกับระบบบริการตามปกติของคลินิกอายุรกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2: วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์,18(2),13-30.

7. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ.(2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่ควบคุมไม่ดี: วชิรสารการพยาบาล, 24(1), 1-24.
8.ธัญญาลักษณ์ แซ่ตั้ง.(2565). ประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการใช้ระบบการติดตามแบบทางไกลและการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ถึงเป้าหมาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์,
สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์.
9.ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์และคณะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว: วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1),1-9.
10.สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. (2566). DSMES: Diabetes self-management education and support. กรุงเทพฯ: บริษัทสุภัชนิญค์ พริ้นติ้งกรุ๊ปจำกัด
11.อภิรุจี สมัยสกุลพัฒนา. (2565). ผลของการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 จากการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ ณ.โรงพยาบาลท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี: วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2565, 5(2), 93-101.
12.กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ. (2562).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน : The journal of Boromarajanani College of Nursing Nakhonratchasima, 25(2),87-103.
13.ทวิชาพร หุ่นนอนไพร (2566). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการติดตามประเมินตนเองเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวาน(ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) เขตโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร: วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2(3).
14.พัชรินทร์ เชื่อมทองและคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(1), 78-86.
15.สาวิตรี นามพะธาย.(2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่ควบคุมไม่ได้: (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.
16.สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุลและคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้รอบด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2: Nursing Science Journal of Thailand, 40(1), 84-98.
17.อติกาญณ์ ศรเกษตรินและคณะ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้: วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(2), 299-311.
18.ธีร์ธวัช บรรลือคุณ.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีษเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37(1):53-64.
19.มานพ ผสม. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียงแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน: วารสารสุขภาพชุมชน, 8(3),20-30.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 October - December 2024
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 567
นีรนาท วิลาศรี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ 576
เก่งนิติ ติละบาล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 586
นฤมล ปิ่นพรม ,ราตรี หะนุรัตน์ ,รอฮานา โต๊ะแฉะ

การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 594
ราตรี หะนุรัตน์ ,นฤมล ปิ่นพรม ,อณัญญา จันทร์แสงทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลมัญจาคีรี ปีงบประมาณ 2563-2567 601
สถิตย์ ไชยศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร 611
ธนวรรษ หาญสุริย์

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องกับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 621
ศิริพร วันทองทิพย์

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 631
อาภรณ์ ดีอันกอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย 643
สมหมาย โคตรสีเขียว

การพัฒนาระบบการจัดการยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลท่าตูม อ. ท่าตูม จ. สุรินทร์ 654
นิธิกานต์ สายรัตน์ ,ตุลาการ นาคพันธ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 661
ปราณี อุสุพันธ์

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่รับบริการศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย 667
ธิดานวล กองหล้า ชื่นศรี ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 678
กฤช โชติการณ์ ,รัตติยา แดนดงยิ่ง ,อรนิฏา ธารเจริญ

ผลการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 686
ชัญญา ดิษเจริญ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T 693
สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 704
สุภารัตน์ นิ่มสวน

แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี .. 712
ชาตรี พงษ์พันธ์ ,บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,ทัฬไท ชุ่มนาเสียว ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และ การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ 720
ผกาทิพย์ สุขจิตร์ ,ชัยพร อมรมุนีพงศ์ ,วรรณิศา เทโพ ,จุฑามาศ ใจมูล

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567
VOL.9 NO.4 July - September 2024
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ ศึกษากรณีพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสมุนไพร จังหวัดมุกดาหาร 729
ทองเสริฐ ใจตรง ,ศิรภัสสร มูลสาร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก: กรณีศึกษา 2 ราย 737
ดรุณี สีหา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก : กรณีศึกษา 2 ราย 745
ภัญกร บุญพลเขตร์

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตภาคเหนือ 753
พรรณพิไล สุทธนะ ,ปิ่นนเรศ กาศอุดม ,กชวรรณ ทะวิชัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 764
ศิริณา รังกลิ่น

การพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง 770
เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,ปวิตร ชัยวิสิทธิ์ ,วิชุตา คมขำ ,สมเกียรติยศ วรเดช ,ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 783
สุธาทิพย์ วังคีรี

สถานการณ์การบาดเจ็บ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง 791
วรากร คำน้อย ,พรลักษณ์ หาญพาณิชย์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 802
ระวิวรรณ เติมวาณิช ,อนงค์นุช ศาโศรก ,ปพิชญา ทวีเศษ

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 819
คำไฝ พลสงคราม ,สิทธินนท์ หาญจริง

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก และลดรอบเอว ระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง (colonoscopy) คุณภาพอากาศภายในอาคารในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธี universal screening ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก การทำสมาธิบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การตรวจเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังวัณโรคปอดเชิงรุกในพื้นที่ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาแบบวิธีบำบัดทดแทนไต การให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูง การบำบัดคุณภาพน้ำทางเคมีของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Effectiveness of an Early Childhood Development Promotion Program through Parental Participation in Thung Khlong Subdistrict, Kham Muang District, Kalasin Province

(Received: December 10,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 27,2024)

นีรนาท วิลาศรี[1]
Niranat Vilasri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ และเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 60 คน และผู้ปกครอง 60 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนา การเด็ก 2) โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ของกรมอนามัย 4) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครอง และ 5) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยด้านภาษาและการสื่อสารมีพัฒนาการสูงสุด ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านความสุข นอกจากนี้ ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) พร้อมทั้งมีส่วนร่วมมากขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็กปฐมวัย, การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง, โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of an early childhood development promotion program through parental participation in Thung Khlong Subdistrict, Kham Muang District, Kalasin Province, and to compare children's development before and after program participation. The study employed a one-group pretest-posttest quasi-experimental design from August to October 2024. The sample, selected through purposive sampling, consisted of 60 children aged 3-5 years and 60 parents. Research instruments included: 1) a semi-structured interview guide on child development promotion problems and needs, 2) an early childhood development promotion program, 3) the Department of Health's Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM), 4) a questionnaire assessing parents' knowledge and behaviors in child development promotion, and 5) an emotional intelligence assessment form for children aged 3-5 years for parents. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while pre-test and post-test comparisons were analyzed using paired t-tests at a 0.05 significance level.

The findings revealed that after program participation, early childhood development improved significantly ($p<0.05$) in all domains: physical, emotional-mental, social, and cognitive, with language and communication showing the highest improvement. Overall emotional intelligence among children also

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง

improved significantly, particularly in happiness. Additionally, parents demonstrated significantly increased knowledge and skills in promoting child development ($p<0.05$) and greater participation.

Keywords: Early Childhood Development, Parental Participation, Development Promotion Program

บทนำ

พัฒนาการและการเจริญเติบโต เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญา การทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ (Maturation)ของอวัยวะระบบต่างๆในร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ20ปี(พ.ศ.2561-2580) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย(2564-2570) ให้ความสำคัญเด็กปฐมวัยต้องได้รับการพัฒนารอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย เพื่อให้มีความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการ เอกลักษณ์ มีความสามารถในการเรียนรู้ทุกสิ่ง กระตือรือร้น เรียนรู้ซึมซับสิ่งที่เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมตามศักยภาพตามวัยและต่อเนื่องกาซึ่งการบรรลุเป้าหมายต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ปฐมวัย ในช่วงวัยนี้เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กทุกๆด้าน การพัฒนาบทบาทพ่อแม่เพื่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลต้องได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[1] สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ[2] การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด สังคมและการปรับตัว[3] ประชากรเด็กไทย ปี พ.ศ.2566 มี 66.1ล้านคน เป็นกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จำนวน 2.2 ล้านคน[4] สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยโดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กมาตรฐานสากล ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542-2564 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7 เป็น 70.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก จำแนกรายด้าน พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 75.3 ด้านการเข้าภาษา ร้อยละ 61.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ.2562-2566 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เมื่อปี พ.ศ. 2564 การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา(IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทย ชั้น ป.1 เปรียบเทียบปี พ.ศ.2559 IQ เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.5 จุด ข้อสังเกตคือ เด็กที่มี IQ < 90 ลดลงจาก ร้อยละ 31.8 เป็น ร้อยละ 21.7 ซึ่งเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องน้อยกว่า 70 สูงขึ้น ร้อยละ 4.2 ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ2 มีเด็กสติปัญญาฉลาดมาก IQ มากกว่าเท่ากับ 130 เพียงร้อยละ 10.4หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขคุณภาพของด้านIQ/EQจะไม่เปลี่ยนแปลงและไม่สามารถบรรลุวิสัยทัศน์การพัฒนา[5]

การสำรวจพัฒนาการเด็กโดยกรมอนามัย ในปี 2566 ด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่า เด็กพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 82.9 สงสัยล่าช้าร้อยละ 22.5[6] ผลสำรวจพ่อแม่ผู้ปกครองที่ใช้เล่มคู่มือ DSPM มีเพียงร้อยละ 32.90 เท่านั้น ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการมีข้อมูลสอดคล้องกันหลายประการ เช่น ปัญหาด้านพัฒนาการ ภาวะทุพโภชนาการ ทั้งในส่วนของภาวะโภชนาการขาด ปัญหาส่วนสูงไม่สมส่วนตามเกณฑ์และภาวะน้ำหนักเกิน ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการปฐมวัย ปัญหาคุณภาพการจัดบริการ รวมถึงปัญหาพ่อแม่ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะการดูแลเลี้ยงดูที่ถูกต้องตามวัย และพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สูงถึงร้อยละ 50 ส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้น และมีพัฒนาการทางภาษาที่ช้าได้ หากมีปัญหาต่อเนื่องระยะยาวจะทำให้มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าปกติ มีปัญหาการเรียน โดยเฉพาะด้านการอ่านสะกดคำและปัญหาพฤติกรรมต่างๆ[7]

สำนักนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย, 2564การมีพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยมีผลกระทบต่อตัวเด็กเองเสียโอกาสที่จะพัฒนาการตามศักยภาพและทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้[8] ซึ่งกรมอนามัย ได้ผลักดันให้มี การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็ก ในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่งและผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติก็สามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที[3]

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของอำเภอคำม่วง ในปี 2564-2567 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.07,92, 84.97 มีแนวโน้มลดลงทุกปี เด็กมีพัฒนาสงสัยล่าช้า ร้อยละ 37.07 , 31.76, 30.3[9] สำหรับตำบลทุ่งคลอง ยังมีแนวโน้มสูงใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ร่วมมือในการพาเด็กมาติดตามส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ และสะท้อนว่าเกิดจากการที่ผู้ปกครองไม่เชื่อว่าบุตรหลานมีพัฒนาการล่าช้า ขาดความรู้ไม่มีการเล่น การเล่านิทาน อ่านกลอน สอนนับนิ้วแก่เด็ก ซึ่งพ่อแม่ควรทำ รวมถึงการใช้คู่มือDSPMอย่างต่อเนื่องน้อยมาก ซึ่งผู้ปกครองมีส่วนสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย แต่ด้วยสภาพสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันที่พ่อแม่ผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้านทำให้มีเวลาในการดูแลเด็กน้อยลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่โดยเน้นผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็กให้เกิดความรอบรู้ ปรับเปลี่ยนการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัย ที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี และเด็กปฐมวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง จากทั้งหมด 6 แห่ง และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 60 คน และเด็กปฐมวัยอายุ 2.6-5 ปี จำนวน 60 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เด็กปฐมวัยอายุ 2.6-5 ปี ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวรุนแรง 2) ไม่จำกัดว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยหรือสงสัยล่าช้า 3) เด็กปฐมวัยมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักดูแลอยู่ร่วมกันเป็นอย่างดี และ 4) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยให้ความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลได้ไม่ว่ากรณีใด เช่น ย้ายถิ่นหรือสถานศึกษา ติดภารกิจอื่นๆ ที่

รับมอบหมายในช่วงเวลาเก็บข้อมูล หรือเสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองด้วยวินัยเชิงบวก (Triple-P) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย (Triple-P1) ประกอบด้วย กอดสร้างสุข เล่านิทานสร้างสรรค์ วาดภาพสร้างจินตนาการ การเล่น/เต้นสร้างความสนุก สมาธิสร้างความสุข โดยมีผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติในกลุ่ม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ทัศนคติที่ดี และทักษะในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ที่ผู้ปกครองสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย ประกอบด้วย กอดสร้างสุข นิทานสร้างวินัย วาดภาพตามจินตนาการพร้อมเล่าภาพ การเล่น/เต้นสร้างความสนุก สมาธิสร้างความสุข เพื่อพัฒนาการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามกฎกติกา เรียนรู้สิ่งที่ทำได้และทำไม่ได้ สร้างวินัยบนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดี

กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 ประกอบด้วย กอดสร้างสุข ชวนวาดภาพระบายสีต่อบล็อกไม้ แต่งตัวตุ๊กตา สมาธิสร้างความสุข เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะและสติปัญญาตามคู่มือ DSPM พร้อมกับฝึกทักษะการกอด หอม เรียนรู้การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 ประกอบด้วย กอดสร้างสุขและชื่นชม ปั้นดินน้ำมัน เกมต่อจิ๊กซอว์ เล่น/เต้น สมาธิสร้างความสุข เพื่อกระตุ้นความคิด การแก้ไขปัญหา กล้ามเนื้อมัดเล็ก การเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา

โปรแกรมนี้มีการติดตามเสริมพลังผู้ปกครองผ่านกลุ่มไลน์ โทรศัพท์ และเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 34 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด ครอบคลุมพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) 7 ข้อ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) 7 ข้อ ด้านการเข้าใจภาษา (RL) 7 ข้อ ด้านการใช้ภาษา (EL) 6 ข้อ และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ ได้แก่ การสร้างสายใย การสร้างวินัย การสร้างเด็กเก่ง 1 และการสร้างเด็กเก่ง 2 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ คือ 5 คะแนนสำหรับการทำประจำ (8 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 4 คะแนนสำหรับการทำบ่อยครั้ง (6-7 ครั้ง/สัปดาห์), 3 คะแนนสำหรับการทำบางครั้ง (4-5 ครั้ง/สัปดาห์), 2 คะแนนสำหรับการทำน้อยครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) และ 1 คะแนนสำหรับการไม่ทำเลย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี (ฉบับย่อ) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ (60 คะแนน) ประกอบด้วย ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 4,3,2,1 ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1,2,3,4 ตามลำดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วย คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่อธิบายขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งอย่างละเอียด แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับติดตามการเข้าร่วมของผู้ปกครองและเด็ก และแบบสังเกตพฤติกรรมที่ใช้บันทึกการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมขณะทำกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ แนวคิด และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แนวคิดพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำเสนอแนวคิดและเครื่องมือต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบ หลังได้รับคำแนะนำได้ปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับเด็กปฐมวัย 10 คน ที่ชุมชน จากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้านความรู้และการใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและ รพ.สต. อสม. และครูผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ

2. ขั้นดำเนินการ ประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้านความฉลาดทางอารมณ์โดยใช้แบบประเมิน EQ สำหรับเด็ก 3-5 ปี ประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบประเมิน DSPM และประเมินความรู้/การเลี้ยงดูโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม Triple-P จำนวน 4 ครั้ง ห่างกัน 2-3 สัปดาห์ ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ปกครองผ่านกลุ่มไลน์/โทรศัพท์ระหว่างดำเนินโปรแกรม

3. ขั้นประเมินผล ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และความรู้/พฤติกรรมของผู้ปกครอง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และความรู้/พฤติกรรมของผู้ปกครองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.SEC 202/2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครอง จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.33) อายุเฉลี่ย 41.85 ปี (ช่วงอายุ 21-72 ปี) สมรสแล้ว (ร้อยละ 76.67) จบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 43.33) และปริญญาตรี (ร้อยละ 36.67) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.67) ค้าขาย (ร้อยละ 16.67) และรับจ้าง (ร้อยละ 15) รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 74.44) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นพ่อแม่ (ร้อยละ 54.44) และตา/ยาย (ร้อยละ 46.66)

เด็กปฐมวัย จำนวน 60 คน อายุ 3.1-3.6 ปี เป็นเด็กหญิง (ร้อยละ 51.67) และเด็กชาย (ร้อยละ 48.33)

2. ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) เพิ่มจากร้อยละ 98.3 เป็นร้อยละ 100 ด้านการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) เพิ่มจากร้อยละ 93.3 เป็นร้อยละ 96.7 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) เพิ่มจากร้อยละ 96.7 เป็นร้อยละ 100 ด้านการใช้ภาษา (EL) เพิ่มจากร้อยละ 86.7 เป็นร้อยละ 91.7 และด้านพฤติกรรมทางสังคม (PS) เพิ่มจากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 93.3 (ตารางที่ 1)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว (GM) และด้านการเข้าใจภาษา (RL) ที่เด็กทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 100) ส่วนด้านที่ยังต้องการการพัฒนาต่อเนื่องคือ ด้านการใช้ภาษา (EL) ที่ยังมีเด็กไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 8.3 และด้านพฤติกรรมทางสังคม (PS) ที่ยังมีเด็กไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 6.7

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กในด้านดี, เก่ง และมีสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ด้านดี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 14.50 (SD=3.46) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 15.40 (SD=3.12) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 0.90 คะแนน (95% CI = 0.24 ถึง 1.55) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=2.75, p=0.008)

ด้านเก่ง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 15.41 (SD=2.75) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 16.10 (SD=2.42) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 0.68 คะแนน (95% CI = 0.08 ถึง 1.28) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=2.26, p=0.027)

ด้านมีสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 15.53 (SD=2.19) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 16.05 (SD=1.73) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 0.36 คะแนน (95% CI = 0.16 ถึง 0.89) แม้คะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.38, p=0.171)

สรุปได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กมีพัฒนาการด้านความฉลาดทางอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านดีและด้านเก่ง ส่วนด้านมีสุขแม้จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ด้าน "ดี", "เก่ง", "มีสุข" ก่อนและหลัง

EQ	ก่อน(N=60)		ก่อน(N=60)		Mean Difference	95% CI	t	pvalue
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ดี	14.50	3.46	15.40	3.12	0.90	0.241.55	2.75	0.008
เก่ง	15.41	2.75	16.10	2.42	0.68	0.081.28	2.26	0.027
มีสุข	15.53	2.19	16.05	1.73	0.36	0.160.89	1.38	0.171

3. ผลของโปรแกรมต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ด้านความรู้ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 24.70 คะแนน (SD=5.90) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 29.50 คะแนน (SD=4.50) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 4.80 คะแนน (95% CI = 3.28 ถึง 6.32) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=6.30, p=0.039)

ด้านพฤติกรรม ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 121.93 คะแนน (SD=4.26) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 135.00 คะแนน (SD=12.00) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 13.06 คะแนน (95% CI = 9.96 ถึง 16.16) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=8.43, p<0.001)

สรุปได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองมีทั้งความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้และพฤติกรรม	ก่อน(N=60)		หลัง(N=60)		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้ (34คะแนน)	24.70	5.90	29.50	4.50	4.80	3.286.32	6.30	0.039
พฤติกรรม	121.93	4.26	135.00	12.00	13.06	9.9616.16	8.43	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยด้านการเคลื่อนไหว (GM) มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.3 เป็นร้อยละ 100 และด้านการเข้าใจภาษา (RL) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.7 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กทุกคนสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในสองด้านนี้ สำหรับด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.3 เป็นร้อยละ 96.7 ด้านการใช้ภาษา (EL) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.7 เป็นร้อยละ 91.7 และด้านพฤติกรรมทางสังคม (PS) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 93.3

ด้านความฉลาดทางอารมณ์ พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยด้านดีมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.50 เป็น 15.40 คะแนน (p=0.008) และด้านเก่งเพิ่มขึ้นจาก 15.41 เป็น 16.10 คะแนน (p=0.027) ซึ่งทั้งสองด้านมีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านมีสุขแม้จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 15.53 เป็น 16.05 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.171)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญและคณะ[10] ที่พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการแบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาทั้งด้านพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของพิสมัย แข็งแรง[11] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

การที่โปรแกรมประสบความสำเร็จในการพัฒนาเด็กทั้งด้านพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์นั้น อาจเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การเล่น การเล่านิทาน การทำกิจกรรมศิลปะ และการสร้างสมาธิ ซึ่งช่วยกระตุ้นพัฒนาการรอบด้านอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องยังช่วยสร้างความมั่นใจและความสม่ำเสมอในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน

2. ผลของโปรแกรมต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองมีการพัฒนาทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างชัดเจน โดยด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.70 เป็น 29.50 คะแนน จากคะแนนเต็ม 34 คะแนน (p=0.039) และด้านพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 121.93 เป็น 135.00 คะแนน

(p<0.001) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ้งทิวา จันทร์งามและคณะ[12] ที่พบว่าการจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา ทรงมัจฉา[13] ที่พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จในการพัฒนาผู้ปกครอง ได้แก่ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปกครอง และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครู และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ยังช่วยสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรม เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างเข้าใจและสม่ำเสมอ รวมถึงสนับสนุนให้ครอบครัวมีการพูดคุยและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกวิธีและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.2 ควรผลักดันให้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program: Triple-P) เป็นโปรแกรมการเรียนรู้มาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสุขศาลาในชุมชน

1.3 ควรสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่ม เพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่ชัดเจนมากขึ้น

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ พร้อมทั้งพัฒนาชุดเครื่องมือที่ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2560.
2. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. Turkey: WHO Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
3. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศวรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(1):281-96.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติประชากรและสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. รายงานฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย ประจำปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

6. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ประจำปี 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. สำนักนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2564.
9. โรงพยาบาลคำม่วง. รายงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี 2567. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลคำม่วง; 2567.
10. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, ระบอบ เนตรทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562;6(1).
11. พิสมัย แข็งแรง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อความฉลาดทางด้านสติปัญญา ความฉลาดทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กในเขตตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ 2567;5(1).
12. รุ้งทิวา จันทร์งาม, รุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566;8(3).
13. จิตติมา ทรงมัจฉา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2566.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program for Parents on Oral Health Care Behaviors of Preschool Children in Child Development Centers, Pho Si Suwan District, Sisaket Province.

(Received: December 12,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

เก่งนิติ ติละบาล[1]
Kengnithi Tilaban[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพ แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.001$) โดยด้านความรู้ความเข้าใจเพิ่มจากระดับปานกลาง (9.8) เป็นระดับสูง (14.2) ด้านการสื่อสารเพิ่มจากระดับปานกลาง (2.5) เป็นระดับมาก (4.3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มจากระดับปานกลาง (2.45) เป็นระดับมาก (4.12) และปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจากระดับมาก (2.24) เป็นระดับน้อย (0.85)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of an oral health literacy promotion program for parents on their oral health literacy, oral health care behaviors, and oral hygiene status of preschool children. The sample consisted of 90 parents of children aged 3-5 years in child development centers in Pho Si Suwan District, Sisaket Province, equally divided into experimental and control groups of 45 participants each through multi-stage sampling. The research instruments included an oral health literacy promotion program, an oral health literacy assessment form, an oral health care behavior assessment form, and a plaque index record form. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher scores than the control group in all aspects ($p<0.001$). Knowledge scores increased from moderate (9.8) to high (14.2) level, communication scores improved from moderate (2.5) to high (4.3) level, oral health care behaviors advanced from moderate (2.45) to high (4.12) level, and plaque index decreased from high (2.24) to low (0.85) level.

Keywords: Oral health literacy, Children's oral health care, Child development center

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทยประสบปัญหาด้านสุขภาพช่องปากอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะปัญหาฟันผุ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มเด็กวัยนี้ จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดฟันผุสูงที่สุดถึงร้อยละ 53.0 ขณะที่เด็กอายุ 5 ปีมีอัตราร้อยละ 27.9 โดยแนวโน้มการพบฟันผุครั้งแรกเริ่มเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.0 และเพิ่มเป็นร้อยละ 45.5 เมื่ออายุ 5 ปี[1]

สาเหตุสำคัญของปัญหานี้เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมและการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก[2] โดยเฉพาะในด้านการแปรงฟันที่ถูกต้อง การเลือกอาหารที่เหมาะสม การลดการบริโภคน้ำตาล และการพาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

ผลกระทบของปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีความรุนแรงทั้งต่อบุคคลและสังคม โดยส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ทำให้เกิดอาการปวดฟัน เคี้ยวอาหารลำบาก ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กระทบการเจริญเติบโต การนอน และการพูด นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการศึกษาเนื่องจากการขาดเรียนบ่อย และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพช่องปากระยะยาว[3] ในด้านสังคม ปัญหานี้ก่อให้เกิดภาระค่ารักษาพยาบาลสูง รวมทั้งต้นทุนทางการเงินและเวลาสำหรับครอบครัว ซึ่งกระทบต่อรายได้และการทำงานของผู้ปกครอง[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิผล[6,7]

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อวัดผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อสภาวะความสะอาดช่องปากของเด็ก โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสอง

กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 6 แห่ง ในเขตอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ที่กำหนดการทดสอบแบบ t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) แบบสองทาง กำหนด Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.6[8] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20[9] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 90 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากทั้งหมด 6 แห่งในอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง จากนั้นจัดสรรศูนย์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 2 แห่ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของโปรแกรม (Contamination) และคัดเลือกผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากแต่ละศูนย์ตามสัดส่วนที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling)[10]

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ปกครองหลักที่ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปีที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นพื้นที่วิจัย อาศัยอยู่กับเด็กในครัวเรือนเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักในการแปรงฟันให้เด็ก สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับ-ส่งข้อความ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกได้แก่ เด็กในความดูแลมีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครอง พัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[11] และทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของอังศินันท์ อินทรกำแหง[12] ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมหนูน้อยฟันสวย ยิ้มสดใส เน้นการตรวจสุขภาพช่องปากและคราบจุลินทรีย์ (2) กิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน (3) กิจกรรมทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ (4) กิจกรรมประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย (5) กิจกรรมโรคในช่องปากรู้ทันป้องกันได้ (6) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และ (7) กิจกรรมฟันดีมีรางวัล โดยดำเนินกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก และประวัติการรับบริการทันตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง พัฒนาตามแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[13] ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

(1) ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 16 ข้อ (KR-20 = 0.82) เป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ให้คะแนน 0 กับ 1 แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[14] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

(2) ส่วนด้านที่ 2-5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล 5 ข้อ การสื่อสาร 6 ข้อ การจัดการตนเอง 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อ 5 ข้อ และการตัดสินใจ 4 ข้อ รวม 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้งถึงแทบไม่ได้ทำ คะแนน 1-5 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best[15] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ มาก (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) และน้อย (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมการดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก การรับประทานอาหาร การใช้ขวดนม และการพาเด็กเข้ารับบริการทันตกรรม มีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง (6-7 วัน/สัปดาห์) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 1-5 สำหรับข้อความเชิงบวก และ 5-1 สำหรับข้อความเชิงลบ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best[15] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) และไม่ดี (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ประยุกต์ใช้ดัชนี PHP (Patient Hygiene Performance)[16] โดยตรวจฟันน้ำนม 6 ซี่ ได้แก่ ฟันบน 3 ซี่ (51 ด้าน Labial, 55 และ 65 ด้าน Buccal) และฟันล่าง 3 ซี่ (71 ด้าน Labial, 75 และ 85 ด้าน Lingual) ให้คะแนน 0-3 ตามปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ปกคลุมครึ่งหนึ่งของผิวฟันด้านใกล้เหงือก คำนวณค่าเฉลี่ยและแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มี (0.00) น้อย (0.10-1.00) ปานกลาง (1.10-2.00) และมาก (2.10-3.00)

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 1-2) ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เตรียมเอกสาร อุปกรณ์ตรวจสุขภาพช่องปาก สื่อการสอน และคู่มือกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 3-11) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม "หนูน้อยฟันสวย" ตรวจสุขภาพช่องปากและคราบจุลินทรีย์ แจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน ประเมินก่อนการทดลอง (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ผ่าน 6 ฐาน ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ พร้อมฝึกปฏิบัติ (3 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต้นแบบ ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและเลือกอุปกรณ์ (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 6 ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายช่วงแปรงฟันและก่อนกลับบ้าน ครูตรวจฟันประจำวัน

สัปดาห์ที่ 7-11 ทีมสุขภาพและ อสม. เยี่ยมบ้าน ติดตามปัญหา ให้คำแนะนำ และประเมินทักษะการแปรงฟัน (สัปดาห์ละ 30 นาที)

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยการตรวจสุขภาพประจำวัน การให้ความรู้ทั่วไป และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

3. ระยะประเมินผล (สัปดาห์ที่ 12) ตรวจคราบจุลินทรีย์ ประเมินความรอบรู้และพฤติกรรม วิเคราะห์ผลลัพธ์ร่วมกัน เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และมอบรางวัลสำหรับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และตรวจวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

2. ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4-11) บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง บันทึกการตรวจฟันประจำวันโดยครูผู้ดูแลเด็ก และบันทึกผลการเยี่ยมบ้านรวมทั้งการติดตามทักษะการแปรงฟัน

3. หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ตรวจวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย ก่อนและหลังการทดลอง Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-118

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน มีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 82.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 32 ปี และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 44.4) ด้านความสัมพันธ์กับเด็ก ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมารดา (กลุ่มทดลองร้อยละ 68.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ ปู่/ย่า/ตา/ยาย และบิดา ตามลำดับ โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,000 บาทต่อเดือน

ความคล้ายคลึงของลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแสดงถึงความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรม เนื่องจากไม่มีความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานที่อาจส่งผลต่อตัวแปรที่ศึกษา

2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
1. ความรู้ความเข้าใจ (0-16 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	9.8 ± 2.4	ปานกลาง	9.6 ± 2.3	ปานกลาง	0.2	-0.8 to 1.2	0.684
- หลังทดลอง	14.2 ± 1.8	สูง	10.1 ± 2.2	ปานกลาง	4.1	3.3 to 4.9	<0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
2. การเข้าถึงข้อมูล (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.4 ± 0.6	ปานกลาง	2.3 ± 0.5	น้อย	0.1	-0.2 to 0.4	0.724
- หลังทดลอง	4.2 ± 0.4	มาก	2.5 ± 0.6	ปานกลาง	1.7	1.5 to 1.9	<0.001*
3. การสื่อสาร (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.5 ± 0.5	ปานกลาง	2.4 ± 0.6	ปานกลาง	0.1	-0.2 to 0.4	0.685
- หลังทดลอง	4.3 ± 0.4	มาก	2.6 ± 0.5	ปานกลาง	1.7	1.5 to 1.9	<0.001*
4. การจัดการตนเอง (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.3 ± 0.6	น้อย	2.4 ± 0.5	ปานกลาง	-0.1	-0.4 to 0.2	0.756
- หลังทดลอง	4.1 ± 0.5	มาก	2.5 ± 0.6	ปานกลาง	1.6	1.4 to 1.8	<0.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อ (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.2 ± 0.5	น้อย	2.3 ± 0.6	น้อย	-0.1	-0.4 to 0.2	0.824
- หลังทดลอง	4.0 ± 0.4	มาก	2.4 ± 0.5	ปานกลาง	1.6	1.4 to 1.8	<0.001*
6. การตัดสินใจ (1-4 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.1 ± 0.4	ปานกลาง	2.2 ± 0.5	ปานกลาง	-0.1	-0.3 to 0.1	0.795
- หลังทดลอง	3.6 ± 0.3	สูง	2.3 ± 0.4	ปานกลาง	1.3	1.1 to 1.5	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่แตกต่างกันในทุกด้าน (p>0.05)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p<0.001) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านความรู้ความเข้าใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.2 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 10.1 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 4.1 คะแนน (95% CI: 3.3 ถึง 4.9)

ด้านการสื่อสาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.3 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.6 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.7 คะแนน (95% CI: 1.5 ถึง 1.9)

ด้านการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.2 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.7 คะแนน (95% CI: 1.5 ถึง 1.9)

ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.1 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.6 คะแนน (95% CI: 1.4 ถึง 1.8)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.0 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.4 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.6 คะแนน (95% CI: 1.4 ถึง 1.8)

ด้านการตัดสินใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.6 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.3 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.3 คะแนน (95% CI: 1.1 ถึง 1.5)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	2.45 ± 0.62	ปานกลาง	2.38 ± 0.58	ปานกลาง	0.07	-0.19 to 0.33	0.584
หลังทดลอง	4.12 ± 0.45	มาก	2.52 ± 0.60	ปานกลาง	1.60	1.38 to 1.82	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p=0.584) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.45 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 2.38 (ระดับปานกลาง) มีความแตกต่าง 0.07 คะแนน (95% CI: -0.19 ถึง 0.33) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.52 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีความแตกต่าง 1.60 คะแนน (95% CI: 1.38 ถึง 1.82)

4. สภาวะความสะอาดช่องปากของเด็ก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมิน	**กลุ่มทดลอง (n=45)**	**ระดับ**	**กลุ่มควบคุม (n=45)**	**ระดับ**	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	2.24 ± 0.48	มาก	2.18 ± 0.52	มาก	0.06	-0.15 to 0.27	0.568
หลังทดลอง	0.85 ± 0.32	น้อย	1.98 ± 0.45	ปานกลาง	-1.13	-1.29 to -0.97	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ไม่แตกต่างกัน (p=0.568) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.24 (ระดับมาก) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.18 (ระดับมาก) มีความแตกต่าง 0.06 คะแนน (95% CI: -0.15 ถึง 0.27) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 0.85 (ระดับน้อย) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.98 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีความแตกต่าง -1.13 คะแนน (95% CI: -1.29 ถึง -0.97)

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากการพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[5] ซึ่ง

มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะอย่างเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่การเข้าถึง การเข้าใจ การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ ร่วมกับทฤษฎีการปรับพฤติกรรมสุขภาพของอังศินันท์ อินทรกำแหง[12] ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและการเสริมแรง ผลการศึกษาพบการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในสองด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มจาก 9.8 เป็น 14.2 คะแนน และด้านการสื่อสารที่เพิ่มจาก 2.5 เป็น 4.3 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชฎาธาร เสาเวียง และคณะ[17] ที่พบว่า การให้ความรู้ผ่านโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้สะดวก ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)" การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น โดยคะแนนเพิ่มจาก 2.45 เป็น 4.12 คะแนน เป็นผลมาจากการที่โปรแกรมใช้กลวิธีที่หลากหลาย ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ หมีแก้ว และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์[18] ที่พบว่า การเพิ่มการรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฟันผุร่วมกับการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดีขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มความถี่ในการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทราภรณ์ หัสดิเสวี และคณะ[19] ที่พบว่า การผสมผสานวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการฝึกทักษะการแปรงฟันและการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 95.2

การลดลงของค่าดัชนี PHP จากระดับมาก (2.24) เป็นระดับน้อย (0.85) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการพัฒนาทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกิติศักดิ์ วาทโยธา และคณะ20 ที่พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ฆารสินธุ์ และคณะ21 ที่พบว่า การฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การสาธิต และการฝึกปฏิบัติซ้ำ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำความสะอาดช่องปากได้

ความสำเร็จของโปรแกรมนี้เกิดจากการออกแบบที่มีการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) การใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้ (2) การประยุกต์ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการเสริมแรง (3) การใช้กลวิธีที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (5) การติดตามอย่างต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่จำเป็น มีทักษะในการสื่อสารและจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปยังพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีขึ้น และนำไปสู่การลดลงของปริมาณคราบจุลินทรีย์ในที่สุด แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากที่ได้การวิจัย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ใน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง โดยเฉพาะกิจกรรมการฝึกทักษะผ่านฐานการเรียนรู้และการติดตามเยี่ยมบ้าน

1.2 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรม พร้อมทั้งสนับสนุนสื่อและอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.3 ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาผู้ปกครองต้นแบบเพื่อเป็นแกนนำในการขยายผล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืน

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมือง ชุมชนแออัด หรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของการผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอพพลิเคชั่น หรือสื่อสังคมออนไลน์ เข้ากับโปรแกรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข; 2567.
2. เกตุวดี เจือจันทร์, อิชยา สินไชย, อรวรรณ นามมนตรี, อโนชา ศิลาลัย, หฤทัย สุขเจริญโกศล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จ.สระบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2559;22(1):5-16.
3. กรมอนามัย. เด็กเล็กกับปัญหาฟันผุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/
4. SDG Move. การจัดการปัญหาฟันผุในเด็กเล็กเชิงกลยุทธ์ของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2022/11/29/strategic-early-childhood-caries-thailand/
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
6. กิติศักดิ์ วาทโยธา, สมชาย สุริยะไกร, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารทันตสาธารณสุข 2562;24(1):45-52.
7.สุกัญญา ฆารสินธุ์, วิไลพร รังควัต, พรทิพย์ วรรณลุ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):78-89.
8. สุไรยา หมานระโต๊ะ, อรชินี พลานุกูลวงศ์, ยูลีธี ลิเก. ผลของการใช้โปรแกรม KNfun ต่อความรู้ทางทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันของผู้ปกครองและระดับคราบจุลินทรีย์ในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารวิจัยทางการพยาบาลและสาธารณสุข 2565;2(2):12-24.
9. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.

10. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners. 5th ed. London: Sage Publications; 2019
11. กรมอนามัย. คู่มือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (ABCDE-health literacy scale of Thai adults). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557
14. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
15. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006.
16. Podshadley AG, Haley JV. A method for evaluating oral hygiene performance. Public Health Rep. 1968;83(3):259-264.
17. ชฎาธาร เสาเวียง, ภัคชิสา คนสุภาพ, มานพพร เพชรเมธา, ไพสิฐ บุณยะกวี. ผลของโปรแกรมแชทบอทเพื่อส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครตรัง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564 ก.ค. 8-9; นครปฐม, ประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564. น. 2756-2763.
18. ธิดารัตน์ หมีแก้ว, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564; 2673:304-320. 2564;2673:304-320.
19. ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี, จารินี ภาษิตตานนท์, กาญจนา ขำจันทร์, ศิวพร บุบผาหอม. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ. วารสารทันตแพทยศาสตร์ มศว. 2566;16(2):43-56.
20. กิติศักดิ์ วาทโยธา, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เขตพื้นที่อำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. ชม.ทันตสาร. 2562;40(1):81-96.
21. สุกัญญา ฆารสินธุ์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, สายฝน จันทร์หอม. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):705-716. DOI: 10.14456/rhpc9j.2021.50.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

Development of integrated health care model for Long-Term Care elderly people in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province.

(Received: December 20,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

นฤมล ปิ่นพรม[1] ราตรี หะนุรัตน์[1] รอฮานา โต๊ะแฉะ[1]
Narumon Pinprom[1] Ratree Hanurat[1] Rohana Tohchae[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 104 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในชีวิตประจำวัน (ADL) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 104 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.77 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี ร้อยละ 45.19 สถานภาพ ส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.04 ประถมศึกษา ร้อยละ 54.81 ว่างงาน ร้อยละ 91.35 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร ร้อยละ 80.77 โรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 68.27 อ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 34.62 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคีเครือข่าย 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนทันที 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 10) จัดทำกลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแล 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้นสอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <.05, t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลแบบบูรณาการ, การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study is research and development. Aim to study the problem context, develop and use health model for elderly long-term care. Data were collected between January and December 2023. The qualitative sample was 22 health network partners. The quantitative sample used 104 dependent elderly people. The tools include in-depth interviews in group discussions, general data collection forms, assessment of daily living abilities (ADL), depression screening forms (2Q, 9Q), and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

The results of the study found that group of 104 elderly people, mostly female (55.77%), mostly aged 65-70 years (45.19%), mostly married and living together (49.04%), primary school (54.81%), unemployed (91.35%), most of the caregivers are children (80.77%), have cerebrovascular disease (68.27%), and are weak and cannot help themselves (34.62%). The development of the model consists of 1) Developing a screening model for the elderly, 2) Developing a case manager (CM) system, 3) Recording home visits and sending them to the CM every month, 4) Integrating data transmission via LINE groups in the network, 5) Instructing the CM to assess home visits, 6) Promoting home visits with a multidisciplinary team to visit every patient, 7) In the case of elderly dependents with urgent problems, urgent coordination will be made immediately, 8) Developing criteria for applying for CG training to enable them to perform

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

their duties, 9) Developing a CG training system. According to the curriculum 10) Form groups with caregivers to inform the day and time according to the care plan. 11) CG visits according to the care plan, teaches and demonstrates the prevention of complications from pressure sores. The results of using the model found that the ability to perform daily life increased, satisfaction increased after the development with statistical significance p <.05, t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97, respectively.

Keywords: Elderly, Integrated Care, Nursing for Dependent Elderly

บทนำ

ประชากรโลกมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลกทั้งหมด[1] ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2537-2557 เพิ่มจาก 4 ล้านคน เป็น 10 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์[2] และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ร้อยละ 32.1 ในปี 2583 จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน และร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องการความช่วยเหลือโดยประมาณ 1.3 ล้านคน[3] นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้รัฐมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน สนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น[4]

จังหวัดนราธิวาส มีประชากรผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 74,480 , 76,353 และ 79,981 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 11.46 ,11.74 และ 12.27 ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการประเมินศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตร ADL ในผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจำนวน 71,438 คิดเป็นร้อยละ 89.32 โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม จำนวน 69,850 คน ร้อยละ 97.77 กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน จำนวน 1,263 คน ร้อยละ 1.76 และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง จำนวน 325 คนคิดเป็นร้อยละ 0.45 กลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ[5]

อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส[5] ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,765 คน คิดเป็นร้อยละ 12.69 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 2,604 คนคิดเป็น ร้อยละ 45.16 เป็นเพศหญิง จำนวน 3,161 คน คิดเป็นร้อยละ 54.83 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 5,661 คน คิดเป็นร้อยละ 98.19 สูงอายุติดบ้าน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 สูงอายุติดเตียง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 0.65 และมีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อหกล้ม จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.69 เสี่ยงสมองเสื่อม 25 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 17 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) มีผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ ” (Care Manage : CM) จำนวน 8 คน คิดเป็นอัตรา 1:1 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) จำนวน 30 คน คิดเป็นอัตรา 1:3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Care Plan ร้อยละ 100

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เนื่องจากปัญหาสุขภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดบริการเยี่ยมบ้าน และการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้รูปแบบการบูรณาการ เพื่อการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมให้ดียิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของอำเภอสุไหงปาดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือนระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีปัญหาติดบ้านติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิง

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีปัญหาติดบ้านติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ผลการคำนวณได้ 86 คน จึงเลือกใช้ประชากรทั้งหมด เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากมีโอกาสการเสียชีวิตขณะศึกษาจึงใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ผู้นำในชุมชน อสม. อปท. และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น นโยบาย เป้าหมายของการดูแล การให้บริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในชุมชน ปัญหาในการบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

2) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

3) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ตามดัชนีของบาร์เธล จำนวน 10 ข้อ

4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้พัฒนาขึ้น จำนวน 2 คำถาม การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มีทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ไม่มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 9 ข้อ 27 คะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน ไม่มีเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน เป็นบ่อย 3 คะแนน เป็นทุกวัน

6) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ มีความถี่ในความพึงพอใจ 5 ข้อ 5 ระดับ ตั้งแต่ พึงพอใจมากที่สุด-น้อยที่สุด ประกอบด้วย ความสะดวกในการใช้ การป้องกันภาวะเสี่ยง การเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ ตรงตามวัตถุประสงค์การรักษา อัธยาศัยการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิง

อนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ คะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้อายุในอำเภอสุไหงปาดีจังหวัดนราธิวาส จำนวน 5,765 คน มีปัญหาเป็นผู้ติดสังคม ร้อยละ 98.19 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.14 และ ติดเตียง ร้อยละ 0.65 มีปัญหาเสี่ยงต่อหกล้ม ร้อยละ 1.69 ปัญหาสมองเสื่อม ร้อยละ 0.43 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.29 นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver; CG) ที่ผ่านการอบรม 70 ชม. ไม่สามารถปฏิบัติงานจริงได้ในพื้นที่ได้ทุกคนเนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) บางคนมีงานประจำทำอยู่ และพบว่าจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver ; CG) ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงครอบคลุม เนื่องจากในบางพื้นที่ ยังไม่มี CG เข้ารับการอบรม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีงานประจำ ทำให้เวลาเข้าบริการผู้ป่วยไม่ตรงกัน อาจทำให้การดูแลล่าช้าจากแผนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่ชอบการนอนเบาะลม ทำให้เกิดแผลกดทับได้

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน ร้อยละ 55.77 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 46 คน ร้อยละ 44.23 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี จำนวน 47 คน ร้อยละ 45.19 รองลงมาช่วงอายุ 76-80 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 18.27 และ ช่วงอายุ 71-75 ปี และ 81-85 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 11.54 เท่ากัน สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 51 คน ร้อยละ49.04 รองลงมา สถานะหม้าย จำนวน 48 คน ร้อยละ 46.15 และ โสด จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 57 คน ร้อยละ 54.81 รองลงมาไม่ได้เรียน จำนวน42 คน ร้อยละ 40.38 และ มัธยมต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากว่างงาน จำนวน 95 คน ร้อยละ 91.35 รองลงมาทำสวน จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.69 และค้าขายธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 คนร้อยละ 0.96 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 97 คน ร้อยละ 93.27 รองลงมา 5,001-10,000 บาท จำนวน 7 คน ร้อยละ 6.73 ตามลำดับ (Mean ± SD = 3,500±342.50 บาท)ลักษณะผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร จำนวน 84 คน ร้อยละ 80.77 รองลงมาญาติพี่น้อง จำนวน 15 คน ร้อยละ14.42 และคู่สมรส จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.81 โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 71 คน ร้อยละ 68.27 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ร้อยละ 15.38 และ โรคเบาหวาน จำนวน10 คน ร้อยละ 9.62 ตามลำดับ ความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนมากอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อยจำนวน 36 คน ร้อยละ 34.62 และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จำนวน 27 คน ร้อยละ 25.96 และเคลื่อนไหวได้เล็กน้อยต้องมีคนช่วย จำนวน 15 คน ร้อยละ 14.42 ตามลำดับ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยส่วนมากคือ การมองเห็น จำนวน 84 คน ร้อยละ 80.77 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 78 คน ร้อยละ 75.00 และปัญหาความอ่อนแรงของแขนขา จำนวน 76 คน ร้อยละ 73.08 ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q plus) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 101 คน ร้อยละ 97.12 คน และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.88 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **วงรอบพัฒนาที่ 1** ประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL ให้ครอบคลุมโดย ผลการคัดกรอง ADL คะแนน < 12 คะแนน เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) โดยส่งเสริมทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และส่งข้อมูลให้กับ CG 3) ส่งเสริมให้ CG ลงไปปฏิบัติตาม care plan กำหนดให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน 2-4 ครั้ง/เดือน และผู้ป่วยติดเตียง 4-8 ครั้ง/เดือน 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้ดำเนินงาน 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 1 ครั้ง/ปี 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนภายในกลุ่ม line เพื่อให้เข้ารับการรักษาในระบบทันที **วงรอบพัฒนาที่ 2** ได้เพิ่มการพัฒนา ประกอบด้วยกระบวนการ 8-11 ดังนี้ 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 70 ชม.เพิ่มและฟื้นฟู CG เดิมให้มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 10) จัดทำ line กลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแลเพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้น สอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ

3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3.1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 42 คน ร้อยละ 40.38 รองลงมา ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 35 คน ร้อยละ 33.65 และ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 27 คน ร้อยละ 25.96 การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 85 คน ร้อยละ 81.73 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน ร้อยละ 15.38 และ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.88 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 50 คน ร้อยละ 48.08 รองลงมาภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 30 คน ร้อยละ 28.85 และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 22 คน ร้อยละ 21.15 ตามลำดับ การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ส่วนมาก ไม่มีภาวะซึมเศร้า 86 คน ร้อยละ 82.69 รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 17 คน ร้อยละ 16.35 และ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.96 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	27	25.96	22	21.15

ตาราง 1 ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ผลการประเมินสุขภาพกายและจิต	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน)	42	40.38	30	28.85
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน)	35	33.65	50	48.08
ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน)	0	0.00	2	1.92
การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q)				
มีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน)	3	2.88	1	0.96
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน)	16	15.38	17	16.35
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน)	85	81.73	86	82.69

3.2) การเปรียบเทียบผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภาวะเครียด การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ผลการทดสอบระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับรุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.78 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.12 คะแนน (SD 6.38 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.38) ดังแสดงในตาราง 2

ผลการทดสอบระดับภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับเริ่มซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.12 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่าอยู่ใน ระดับไม่มีภาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน (SD 1.41 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส คะแนนเฉลี่ยลดลงโดยไม่พบความแตกต่าง ดังแสดงในตาราง 2

ผลการทดสอบระดับคะแนนความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส อยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน (SD 0.43 คะแนน) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่าอยู่ใน ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD 0.48 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.97) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภาวะเครียด การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=104)

รายการ	ระดับ	Mean	S.D.	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	รุนแรง	7.78	1.62	6.38	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	10.12	1.74		
ระดับภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	เริ่มซึมเศร้า	6.12	1.38	-0.62	0.121
หลังพัฒนารูปแบบฯ	ไม่มีภาวะ	3.13	1.41		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	3.18	0.43	8.97	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	มาก	4.23	0.48		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้อายุในอำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ส่วนมากมีปัญหาเป็นผู้ติดสังคม ติดบ้าน และ ติดเตียง พบปัญหาเสี่ยงต่อหกล้ม ปัญหาสมองเสื่อม เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ระดับประถมศึกษา ว่างงาน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 5,000 บาท ลักษณะผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนมากอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปัญหาส่วนมากคือการมองเห็น พบปัญหาขาดผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถปฏิบัติงานจริงได้ในพื้นที่ได้ทุกคนเนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางคนมีงานประจำทำอยู่ และพบว่าจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงครอบคลุม เนื่องจากในบางพื้นที่ ยังไม่มี CG เข้ารับการอบรม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีงานประจำ ทำให้เวลาเข้าบริการผู้ป่วยไม่ตรงกัน อาจทำให้การดูแลล่าช้าจากแผนการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่ชอบการนอนเบาะลม ทำให้เกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับ ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ[6]

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 11 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL ให้ครอบคลุมโดย ผลการคัดกรอง ADL คะแนน < 12 คะแนน เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) โดยส่งเสริมทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และส่งข้อมูลให้กับ CG 3) ส่งเสริมให้ CG ลงไปปฏิบัติตาม care plan กำหนดให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน 2-4 ครั้ง/เดือน และผู้ป่วยติดเตียง 4-8 ครั้ง/เดือน 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่าน กลุ่ม line ในภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้ดำเนินงาน 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 1 ครั้ง/ปี 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนภายในกลุ่ม line เพื่อให้เข้ารับการรักษาในระบบทันที 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 70 ชม.เพิ่มและฟื้นฟู CG เดิมให้มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 10) จัดทำ line กลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแลเพื่อความ

สะดวกของผู้ป่วยและญาติ 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้น สอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ สอดคล้องกับสุวมน โพนสาลี[7]

ผลการใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ส่งผลให้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ความพึงพอใจดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมพัฒนาทักษะผู้ดูแล การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า พัฒนาผู้จัดการรายกรณี การบูรณาการงานต่างๆร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ การใช้ระบบไลน์กลุ่มการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กำนัน อสม.ในพื้นที่ ส่งผลให้งานประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG CM การวางแผนการดูแล เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในปัญหาสุขภาพต่างๆ ทั้งกายและใจ รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาล ภาคีเครือข่ายชุมชน บุคลากร เพื่อการรับมือสังคมผู้สูงอายุ และเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในระยะยาวแบบบูรณาการงานร่วมกันอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงปาดี สาธารณสุขอำเภอสุไหงปาดี นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. รายงานสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย, กรมกิจการผู้สูงอายุ.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 8สิงหาคม 2566. จาก http://www.nso.go.th.
3. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564 ; 17(1), 15-29.
4. บุษบา แพงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. รายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software care plan. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
5. โรงพยาบาลสุไหงปาดี. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส; 2566.
6. ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลรางจระเข้ อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2565; 9(2): 220-234.
7. สุวมน โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(2), 621-630.
8. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4), 665-671.

การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

Development of Nursing care model for reducing risk of cardiovascular disease Su-ngai Padi District Narathiwat Province

(Received: December 20,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ราตรี หะนุรัตน์[1] **นฤมล ปิ่นพรม**[1] **อณัญญา จันทร์แสงทอง**[1]
Ratree Hanurat[1] Narumon Pinprom[1] Anunya Chansaengthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2565-ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 98 คน เชิงปริมาณใช้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 45 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงที่พบส่วนมากมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 ระดับไขมันในเลือด HDL Cholesterol ส่วนมาก 201-240 Mg dl รายร้อยละ 48.89 CVD Risk score ส่วนมากระดับ 3 CVD 20-30% ร้อยละ 91.11 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค 2) สอนการใช้ใบ STEMI Alert ในการประเมินตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) แนะนำช่องทางการส่งต่อ 1669, Line OA ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลสุไหงปาดี 4) เจ้าหน้าที่ที่ให้คำนะนำ ใช้เป็นเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนาอิสลาม 5) ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 6) จัดทำแผ่นพับ 2 ภาษา ไทย-มุสลิม ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 7.36, 8.72$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: การลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหัวใจและหลอดเลือด, การพยาบาลกลุ่มเสี่ยง CVD

Abstract

This study is research and development. Aim to study problem context, develop and use a model to reduce the risk of cardiovascular disease in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province. Data were collected between September 2022 and October 2023, a total of 14 months. The qualitative sample group was 98 health network partners. The quantitative sample group used 45 people at risk for cardiovascular disease. Research tools included in-depth interviews in group discussions, general data collection forms, self-care ability assessment forms for cardiovascular disease prevention, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

Results of the study found that the most common risk factors were hypertension (40.00%), HDL Cholesterol (201-240 Mg dl) (48.89%), CVD Risk score (level 3), CVD (20-30%) (91.11%). The development of the model consisted of 6 important processes as follows: 1) Educate patients and relatives about the disease, 2) Teach high-risk patients how to use the STEMI Alert form for self-assessment, 3) Recommend referral channels. 1669, Line OA, Emergency and Forensic Medicine Room and Su-ngai Padi Hospital telephone number. 4) The officers who gave advice were Muslims. 5) Provided knowledge on self-care to prevent cardiovascular disease. 6) Created bilingual pamphlets, Thai-Muslim, to prevent cardiovascular disease. The results of using the model showed that the ability to take care of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

oneself to reduce risk increased, and satisfaction increased after the development with statistical significance at p <.05, t = 7.36, 8.72, respectively.

Keywords: Cardiovascular risk reduction, Cardiovascular disease, Nursing care for CVD risk groups

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก จากสถิติพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 16.23 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยประมาณมากกว่า 2 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิต โดยประมาณ 55,000 ราย อัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด ปี 2564-2566 เท่ากับ 513.72, 518.49 และ 525.92 ต่อประชากรแสนคน[1] จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในระดับประเทศมีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของโรคทั้งหมดที่คร่าชีวิตคนไทย สาเหตุเกิดจากการที่หลอดเลือดตีบตันหรือขาดความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และแร่ธาตุที่บริเวณผนังหลอดเลือด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายประการ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหัวใจและหลอดเลือด มาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และ เชื้อชาติ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอล ระดับไขมันชนิดเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะอ้วน เป็นต้น[2]

การลดความเสี่ยงต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต การรักษาสภาวะเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพโดยยับยั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม และวัฒนธรรมการดำรงชีวิตที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันทั้งในภาครัฐและเอกชน การบริการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย การไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายทุกวัน การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด สร้างความตระหนักรู้[4] การช่วยเหลือด้านทรัพยากรและบริการ ปลูกฝังการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนอย่างยั่งยืน การดำเนินงานเมืองแห่งสุขภาวะ จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การตรวจคัดกรองสุขภาพมีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) โดยทำนายจากข้อมูล อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ผลตรวจเลือดหรือ ใช้รอบเอว ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย หรือ ระดับไขมันในเลือด เพื่อทำนายระดับความเสี่ยง โดยแบ่งคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ระดับ คือ เสี่ยงต่ำ ปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย [5]

จังหวัดนราธิวาสในปี 2564-2565 พบอัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด[6] เท่ากับ 351.12, 382.27 และ 392.17 ต่อประชากรแสนราย อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดในภาคใต้ ด้วยวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในตอนล่างที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อและการดำเนินชีวิต ประชาชนในพื้นที่มีวิถีชีวิตหลากหลายตามบริบทของพื้นที่ในการทำสวนยาง การค้าขาย การทำนา ที่เป็นลักษณะการประกอบอาชีพแตกต่างกัน อีกทั้งมีอาหารพื้นบ้าน หรืออาหารท้องถิ่นที่มีรสชาติอร่อย อาหารแบบมุสลิม อาหารแบบไทยพุทธ ล้วนมีการปรุงอาหารมีการใช้น้ำกะทิเป็นส่วนประกอบทั้งอาหารคาว หวาน อาหารรสเค็มอย่างน้ำบูดู ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เพื่อได้ความรู้และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและ

หลอดเลือด การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยมีลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สร้างความตระหนัก สร้างการดูแลตนเอง สร้างการรักษาที่ถูกต้องตามแนวทางการพยาบาล และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และการวินิจฉัย การรักษารวดเร็ว และการส่งต่อที่ถูกต้องตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร ให้เป็นประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบเดิมในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือนระหว่างเดือน กันยายน 2565-ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 14 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 41 คน แพทย์ 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 28 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน ประธาน อสม. จำนวน 7 คน รวม 98 คน เชิงปริมาณใช้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีค่า CVD Risk Score ความเสี่ยงระดับ 3 ขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 45 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 41 คน แพทย์ 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 28 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน ประธาน อสม. จำนวน 7 คน รวม 98 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณใช้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีค่า CVD Risk Score ความเสี่ยงระดับ 3 ขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 45 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ผลการคำนวณได้ 36 คน จึงเลือกใช้ประชากรทั้งหมด เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือเชิงคุณภาพในการจัดกิจกรรม

1.1) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ผู้นำในชุมชน อสม. อปท.รพ.สต. และผู้ให้บริการสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น นโยบาย เป้าหมายของการดูแล การให้บริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในชุมชน ปัญหาในการบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

2) เครื่องมือเชิงปริมาณ

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมัน HDL และ CVD Risk Score

2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความถี่ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ข้อ 5 ระดับ ตั้งแต่ พึงพอใจมากที่สุด-น้อยที่สุด จำนวน 15 ข้อ เช่น อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันพิษ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลสุขภาพช่องปากได้ไม่ถูกสุขลักษณะ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะคอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วนและความดันโลหิตสูง ความเครียดเรื้อรัง การพักผ่อนไม่เพียงพอหรือหลับไม่สนิท การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพเป็นประจำ

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ มีความถี่ในความพึงพอใจ 5 ข้อ 5 ระดับ ตั้งแต่ พึงพอใจมากที่สุด-น้อยที่สุด ประกอบด้วย ความสะดวกในการใช้ การป้องกันภาวะเสี่ยง การเกิดผลดีต่อกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ตรงตามวัตถุประสงค์อัธยาศัยการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมัน HDL และ CVD Risk Score วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ แนวทาง ปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ในอำเภอสุไหงปาดีมีกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทุกปี จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ไม่ได้เข้าระบบในการดูแลรักษา ขาดคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ขาดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ครอบคลุม จึงต้องมีการส่งเสริมภาคีเครือข่ายชุมชน รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน เข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมมากขึ้น พัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกับชุมชน พัฒนาสื่อสองภาษา ไทยมุสลิม เพื่อให้ง่ายแก่การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านบุคลากรมุสลิมในพื้นที่

เชิงปริมาณ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 45 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน ร้อยละ 75.56รองลงมา ชาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 57.78 รองลมา 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 และ 46-50 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ (Mean± SD= 53.43 ปี± 2.65, Min=35 ปี, Max=64ปี) อาชีพส่วนมากทำสวน จำนวน 22 คน ร้อยละ 48.89 รองลงมาค้าขาย จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 และรับจ้าง จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 สถานภาพส่วนมากหม้าย จำนวน 25 คน ร้อยละ 55.56 รองลงมาแต่งงาน จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 และ โสด จำนวน 8 คนจำนวน 17.78 ระดับการศึกษา ส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 25 คน ร้อยละ 55.56 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. จำนวน 6 คน ร้อยละ

13.33 ตามลำดับ ศาสนาส่วนมากอิสลาม จำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 รองลงมา พุทธ จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ ความเสี่ยงที่พบส่วนมากมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 33.33 และเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 11 คนร้อยละ 24.44 ตามลำดับ ระดับไขมันในเลือด HDL Cholesterol ส่วนมาก 201-240 Mg dl จำนวน 22 รายร้อยละ 48.89 รองลงมา 160-200 Mg dl จำนวน 16 คน ร้อยละ 35.56 และ 241-300 Mg dl จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ CVD Risk score ส่วนมากระดับ 3 CVD 20-30% จำนวน 41 คน ร้อยละ 91.11 และระดับ 4 CVD 30-40% จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

กระบวนการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด วงรอบพัฒนาที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย 6 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค 2) สอนการใช้ใบ STEMI Alert ในการประเมินตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) แนะนำช่องทางการส่งต่อ 1669, Line OA ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลสุไหงปาดี 4) เจ้าหน้าที่ที่ให้คำนะนำ ใช้เป็นเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนาอิสลาม 5) ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 6) จัดทำแผ่นพับ 2 ภาษา ไทย-มุสลิม เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3) ผลการใช้รูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ผลการทดสอบระดับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการพัฒนารูปแบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.52 คะแนน (SD 1.21 คะแนน) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่าอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.18 คะแนน (SD 1.42 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.36) ดังแสดงในตาราง 2

ผลการทดสอบระดับคะแนนความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส อยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.10คะแนน (SD 1.43 คะแนน) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่าอยู่ใน ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.36 คะแนน (SD 1.48 คะแนน) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.72) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=45)

รายการ	ระดับ	Mean	S.D.	t	p-value
ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	3.52	1.21	7.36	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	มาก	4.18	1.42		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	3.10	1.43	8.72	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	มาก	4.36	1.48		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และรูปแบบเดิมก่อนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานไม่ได้เข้าระบบในการคัดกรอง CVD อย่างครอบคลุม ขาดการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากความต่างของภาษา ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มเสี่ยง ควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ พัฒนาระบบการประเมินตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมแนะนำช่องทางการส่งต่อ ควรใช้เจ้าหน้าที่ที่ให้คำนะนำใช้เป็นเจ้าหน้าที่ที่มุสลิม การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาสื่อจัดทำแผ่นพับ 2 ภาษา ไทย-มุสลิม เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และควรมีการส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ อุษนีย์ รามฤทธิ์[7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาล ภาคีเครือข่ายชุมชน บุคลากรในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมไปถึงการอบรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงปาดี สาธารณสุขอำเภอสุไหงปาดี นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). cardiovascular-diseases-(cvds). 2020.
2. The Heart Association of Thailand. The Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Bangkok: The Heart Association of Thailand; 2020.
3. กฤษฎา เขียวรี. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2560; 26(2): 81-94.
4. มรรยาท ขาวโต และ สุรเชฏฐ์ กุคำใส. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.วารสารวิลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2564; 4(2): 93-110.
5. ผจงจิต สุวรรณศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567; 9(1): 729-736.
6. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุไหงปาดี. รายงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุไหงปาดี 2567.
7. อุษนีย์ รามฤทธิ์. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(3): 29-37.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลมัญจาคีรี ปีงบประมาณ 2563-2567

Factors affecting the mortality of new and TB relapse cases at Manchakhiri Hospital Fiscal Year 2020-2024

(Received: December 15,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

สถิตย์ ไชยศรี[1]
Sathit Chaisri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยวิเคราะห์ แบบ Unmatched case-control study เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายและเสียชีวิต เก็บข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังจากโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 257 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.5 และเพศหญิง ร้อยละ 26.5 มีอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 46.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย (ผอม) ร้อยละ 52.1 อยู่ในเกณฑ์ปกติปกติ ร้อยละ 355.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 91.4 ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคในปอด ร้อยละ 96.1 ผลการตรวจหาเชื้อHIV พบว่า ในกลุ่มผู้เสียชีวิต มีการติดเชื้อHIV ร้อยละ3.1 ไม่ติดเชื้อร้อยละ22.2 โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.4 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ตำแหน่งของการติดเชื้อวัณโรค การติดเชื้อ และการมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วม ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (ผอม) มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ 0.63 เท่า (ORadj 0.63; 95% CI 0.26-1.51) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อHIV มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดHIV 2.82เท่า (ORadj 2.82; 95%CI 1.01-7.86) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีตำแหน่งการติดเชื้อในปอด มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการติดเชื้อนอกปอด 0.18 เท่า (ORadj 0.18; 95% CI 0.03-1.04) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย 0.24 เท่า (ORadj ; 95% CI 0.09-0.654)

คำสำคัญ: วัณโรค ปัจจัย เสียชีวิต

Abstract

This survey research was analytical study in the form of an unmatched case-control study to compare results of treatment of tuberculosis patients who have been cured and died.Secondary data were collected from the National Tuberculosis Information Program (NTIP) from October 1 , 2020 to September 30, 2024.

The results of the study showed that most TB patients were male. 73.5 percent and 26.5 percent of females.Age over 65 years old, accounting for 45.5 percent, occupation in agriculture was 46.3 percent, BMI in the low weight category (thin) was 52.1 percent, in the normal range was 35.5 percent, most of the sample were new cases, accounting for 91.4 percent, most of them were pulmonary tuberculosis 96.1 percent. HIV infection 3.1 percent The comorbidities found in tuberculosis patients in the most fatal group were diabetes (7.4%) and chronic kidney disease. Factors that correlate with the death of new and recurrent TB patients are statistically significant, including body mass index (BMI), location of TB infection, and the location of TB infection. Infection

[1] โรงพยาบาลมัญจาคีรี

and the presence of chronic kidney disease as comorbidities. Results of the analysis of factors related to the mortality of new and recurrent TB patients. When controlling for the influence of other variables, it was found that TB patients with a body mass index (BMI) below normal (thin) were 0.63 times more likely to die than those with a normal BMI (ORadj 0.63; 95% CI 0.26-1.51). 2.82 times more likely to die than non-HIV infected people. (ORadj 2.82; 95%CI 1.01-7.86) Patients with tuberculosis with chronic kidney disease are 0.18 times more likely to die than those with extrapulmonary infections (ORadj 0.18; 95% CI 0.03-1.04). 0.24 times more likely to die than those without chronic kidney disease (ORadj; 95% CI 0.09-0.654).
Keywords: Tuberculosis, Factors, Mortality

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศ ที่มีภาระวัณโรคสูงของโลก (High Burden Country Lists) ปี ค.ศ. 2016 -2020 เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ประเทศ ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยา หลายขนาน (MDR-TB) สูง (โดยใช้หลักเกณฑ์ ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเทศ สูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก) โดยจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ในปีพ.ศ.2558(ค.ศ.2015) องค์การสหประชาชาติ[1]ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) มีทั้งหมด 17 เป้าหมาย (Goals) โดยมีกรอบระยะเวลา 15 ปี ที่จะบรรลุในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) หนึ่งในเป้าหมายนั้น คือ การควบคุมป้องกันและยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ซึ่งอยู่ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ในเป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2030 โดยกำหนด คือ ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 80 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลง ร้อยละ90 เมื่อเทียบ กับปีพ.ศ.2558 และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic costs) จากการป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(The End TB strategy)[19]ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานวัณโรคให้กับประเทศสมาชิก ที่มีเป้าหมายมุ่งลดอุบัติการณ์วัณโรค และลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตลง โดยกำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรคภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) คือ ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลงร้อยละ95เมื่อเทียบกับปีพ.ศ.2558และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic costs) จากการป่วยด้วยวัณโรค

อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง[2]ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ.2558-2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 และจากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2021) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ 2563 ประเทศไทย

มีอุบัติการณ์ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 12,000 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,837ราย เป็นเด็กอายุ 0-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเพียงร้อยละ1 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น รักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงและเป็นปัญหาของประเทศไทยเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุและมีโรคร่วม และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 85 [2]

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดขอนแก่น[4] ปี 2564-2565 พบความชุกผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,555 ราย และ 2,53 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1417 และ 141.2 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าอัตราป่วยของประเทศ (150 คนต่อแสนประชากร) ในปี 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เทียบกับการคาดประมาณของ WHO 150 คนต่อแสนประชากร พบว่าจังหวัดขอนแก่นมีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคได้ตามเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 94.1 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 88) ด้านอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ พบอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 70.8 (ไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 88) เนื่องจากพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15.3 และอัตราการขาดยา ร้อยละ 60 นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กำลังรักษาร้อยละ 6.7[4] จากการศึกษาของวีระวรรณ เหล่าวิทวัส[5]พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) อายุ 2) การติดเชื้อHIV 3) ตำแหน่งของการติดเชื้อวัณโรค และ 4) การมีโรคร่วม คือโรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคตับ และผลการศึกษาของ วิศณุ นันทัยเกื้อกูล[6] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การศึกษา ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สถานการณ์วัณโรคอำเภอมัญจาคีรี[4] พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ในปี 2563 ถึง 2567มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตรา 87.16 106.54 100.93 ,132.69 และ 91 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 85) จากการสถานการณ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกๆปีเกินเป้าหมายทุกปีและพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ>65ปี) ผู้ป่วย 7 โรคกลุ่มเสี่ยง และมีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน ผู้ใช้สารเสพติด/ติดสุรา การดำเนินงานวัณโรคโดยเครือข่ายวัณโรคอำเภอมัญจาคีรีได้ดำเนินการแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้บริการงานวัณโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้บริการงานวัณโรคทั้งการรักษา ส่งเสริม พื้นฟู และป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ รักษาหาย / รักษาครบ ≥ 88 % ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 จนถึงปัจจุบันปัจจุบัน (มี.ค 2567) อัตราความสำเร็จไม่ถึงเป้าหมาย 88% เนื่องจาก อัตราการเสียชีวิตสูงและยังพบผู้ป่วยขาดยา ซึ่ง สาเหตุที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคเกิดจากอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตสูง >5% ทุกปี ซึ่งในปี 2563-2567 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.37 14.53 12.96 14.49 และ 6.59 ตามลำดับผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้ที่มีโรคร่วม

ได้แก่ เบาหวาน มะเร็ง ไตวายเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง HIVและทุพโภชนาการข้อมูลปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคทั้งหมด 138 ราย รักษาหาย/ครบ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.08 เสียชีวิต 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.49 ขาดยา 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.17 กำลังรักษา 7 ราย และผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ 2567 (ต.ค 2566-มี.ค 2567) จำนวน 91 ราย เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 47.52 มีโรคร่วม ร้อยละ 56.04 ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2567ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใหม่ 30 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 6ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 จึงทำให้อัตราการรักษาสำเร็จน้อยกว่าเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ 5 ราย มีโรคร่วม 6 ราย โรคร่วมได้แก่ เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง HIV และ Malnutrition (Serum albumin <2.5g%) นอกจากอัตราเสียชีวิตที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคแล้ว การขาดยาก็เป็นสาเหตุที่สำคัญ ถึงแม้อัตราการขาดยาวัณโรคต่ำ < 3% ทุกปี หากผู้ป่วยขาดยาไม่รับการรักษาแล้วจะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นและทำให้เชื้อวัณโรคลุกลามรุนแรง ทำให้การรักษายากขึ้นมีภาวะแทรกซ้อนส่งผลอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสแรกปี 2567 จำนวน 30 รายพบว่า มี อัตราการรักษาสำเร็จ ผู้ป่วยรักษาหาย/รักษาครบ ร้อยละ 23.3 ผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย กำลังรักษา 17 ราย ผู้ป่วยที่กำลังรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หรือ มีโรคร่วม แพทย์ใช้สูตรยา 2IRE/7IR ใช้ระยะเวลาในการรักษามากกว่า 6 เดือน ทำให้ระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น ผู้ป่วยบางคนมีผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค มีปัญหาตับอักเสบแพ้ยา ทำให้ต้อง rechallenge ยากว่าจำได้สูตรยาต้องใช้เวลานาน ตั้งแต่ปีงบ 2563- ปัจจุบัน(มี.ค 2567) พบว่าอัตราความสำเร็จในการรักษายังไม่บรรลุเป้าหมายเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนมากกว่าร้อยละ 5 ทุกปี

จากสถานการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้การรักษา และป้องกันการติดวัณโรคในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น มีความสนในที่จะศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกวัณโรค เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลมัญจาคีรี

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำโรงพยาบาลมัญจาคีรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์แบบ Unmatched case-control study เพื่อเปรียบเทียบ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่รักษาหายและเสียชีวิต เก็บข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังจากโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร (Population) คือผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น และลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม

2563 – 30 กันยายน 2567 จำนวน 751 ราย นำเข้าสู่การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล 257 คน แบ่งเป็นผลการรักษารอดชีวิต 172 คน และผลการรักษาเสียชีวิต 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมNTIP ลงในFile excel และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

1.ลงรหัสข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

2.แจกแจงความถี่และค่าร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง

3.วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square) และ เปรียบเทียบขนาดของปัจจัยโดยใช้การคำนวณค่าสัดส่วนออดส์ที่ปรับแล้ว(Adjusted odds ratio) ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณ(Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant.05)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (เลขที่ REC 049/2567 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2567)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.5 และเพศหญิง ร้อยละ 26.5 มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ15.2 อายุต่ำสุดคือ 18 ปี อายุสูงสุดคือ 91 ปี และมีค่าอายุเฉลี่ย 62.54 ปี ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 46.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.6 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย (ผอม) ร้อยละ 52.1 อยู่ในเกณฑ์ปกติปกติ ร้อยละ 35.5 ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 91.4 รองลงมา คือเป็นผู้ป่วยที่รับโอน ร้อยละ 4.3 ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 3.5 และรักษาซ้ำหลังจากขาดยา ร้อยละ 0.8 ด้านตำแหน่งของการเป็นวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นวัณโรคในปอด ร้อยละ 96.1 นอกปอด ร้อยละ 1.6 และเป็นทั้งในปอดและนอกปอด ร้อยละ 2.3 เมื่อจำแนกตามชื่อโรคตาม ICD10 พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นวัณโรคปอด ยืนยันด้วยผลการตรวจเสมหะโดยใช้กล้องจุลทรรศน์อาจมีหรือไม่มีการเพาะเชื้อ ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ เป็นวัณโรคปอด ผลการตรวจหาเชื้อและการตรวจชิ้นเนื้อเป็นลบ ร้อยละ 10.1 เป็นวัณโรคปอด ไม่ได้ตรวจหาเชื้อและไม่ได้ตรวจชิ้นเนื้อ ร้อยละ 2.3 และเป็นเยื่อหุ้มปอดอักเสบจากเชื้อวัณโรค ไม่ระบุการยืนยันด้วยผลการตรวจหาเชื้อหรือการตรวจชิ้นเนื้อ และ เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค ในจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 0.8 ทั้งนี้ พบว่า เป็นวัณโรคนอกปอด ต่อมน้ำเหลืองส่วนปลาย และเป็นวัณโรคปอด ไม่ได้ตรวจหาเชื้อและไม่ได้ตรวจชิ้นเนื้อในจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 0.4 เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามcohort ของการรักษาโรค พบว่า การรักษาวัณโรค เป็นการรักษาในcohort ที่ 1 ร้อยละ 33.8 รองลงมา คือ cohort ที่ 2 ร้อยละ 29.2และ cohortที่ 4 และ ร้อยละ cohortที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 18.7 และ 18.3 ตามลำดับ ด้านการตรวจหาเชื้อ HIV พบว่า ส่วนใหญ่ ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อ HIV คิดเป็นร้อยละ91.4 และไม่ยินยอมตรวจ เพียงร้อยละ 8.6 ซึ่งผลการตรวจหาเชื้อ HIV ของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ในกลุ่มผู้เสียชีวิต มีการติดเชื้อHIV ร้อยละ 3.1 ไม่ติดเชื้อร้อยละ 22.2 โดยมีผู้เสียชีวิตที่ไม่ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อ HIV ร้อย

ละ 7.8 ในกลุ่มผู้ที่รักษาวัณโรคหาย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อHIV ร้อยละ 63.0 ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 3.5 และไม่ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อ HIV ร้อยละ 0.4 โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.4 รองลงมาคือโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 4.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคตับ ร้อยละ2.3 และ 0.4 ตามลำดับ เมื่อจำแนกประเภทของกลุ่มตัวอย่างตามความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สัมผัสใกล้ชิด (นอกบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาคือโรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ ร้อยละ 10.9 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ร้อยละ 5.1เป็นผู้สัมผัสร่วมร่วมบ้าน ร้อยละ 4.7 และผู้มีประวัติเป็นวัณโรค ร้อยละ 3.9

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัย	จำนวน		ไคว์สควร์ (x^2)	df	p-value
	ไม่เสียชีวิต	เสียชีวิต			
เพศ			1.101	1	.294
ชาย	123(47.9)	66 (25.7)			
หญิง	49 (19.1)	19 (7.43)			
อายุ			1.011	1	.315
น้อยกว่า 60 ปี	74 (2.7)	31(12.1)			
มากกว่า 60 ปี	98 (38.1)	54 (21.1)			
ดัชนีมวลกาย(BMI)			10.315	2	<.005
น้ำหนักน้อย	86 (33.5)	48 (18.7)			
ปกติ	70 (27.2)	20 (7.8)			
น้ำหนักเกิน	16 (6.2)	17(6.6)			
ประเภทผู้ป่วย			5.430	3	.143
ผู้ป่วยใหม่	153 (59.5)	82 (31.9)			
กลับเป็นซ้ำ	8 (3.1)	1(0.4)			
รับโอน	10 (3.9)	1(0.4)			
รักษาซ้ำหลังจากขาดยา	1(0.4)	1(0.4)			
Cohort การรักษา			6.617	3	0.085
Cohortที่ 1	61(23.7)	26(10.1)			
Cohortที่ 2	46 (17.9)	29(11.3)			
Cohortที่ 3	27 (10.5)	20 (7.8)			
Cohortที่ 4	38 (14.8)	10(3.9)			
การติดเชื้อHIV			43.077	2	<.001
ไม่ติดเชื้อ	162(63.0)	57 (22.2)			
ติดเชื้อ	9 (3.5)	8 (3.1)			
ตำแหน่งของการเป็นวัณโรค					
ในปอด			11.556	2	<.005
นอกปอด	170 (66.1)	77 (29.9)			
ในและนอกปอด	0 (0)	4 (1.6)			
	2 (0.8)	4 (1.6)			

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) และตำแหน่งของการติดเชื้อวัณโรค และการติดเชื้อเอชไอวี(HIV)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการมีโรคร่วมกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

โรคร่วม	จำนวน		ไคว์สแควร์ (x^2)	df	p-value
	ไม่เสียชีวิต	เสียชีวิต			
โรคไตเรื้อรัง(CKD)	9 (3.5)	11(4.3)	4.710	1	<.005
โรคเบาหวาน	38(14.8)	19(7.4)	.002	1	.962
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	5 (1.9)	6 (2.3)	2.394	1	.122
โรคตับ	3 (1.2)	1(0.4)	0.120	1	.729

จากตารางที่ 2 พบว่า การมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่3 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัย	เสียชีวิต	ไม่เสียชีวิต	OR adj.	95% CI	p-value
ดัชนีมวลกาย(BMI)			.632	0.26-1.51	.303
น้ำหนักน้อย(ผอม)	48 (18.7)	86 (33.5)			
ปกติ	20 (7.8)	70 (27.2)			
น้ำหนักเกิน (อ้วน)	17 (6.6)	16 (6.2)			
การติดเชื้อHIV			2.82	1.01-7.86	.048
ติดเชื้อ	8 (3.1)	9 (3.5)			
ไม่ติดเชื้อ	57 (22.2)	162 (63.0)			
ไม่ยินยอมตรวจ	20 (7.8)	1 (0.4)			
ตำแหน่งของวัณโรค			0.18	0.03-1.04	.056
ในปอด	77 (29.9)	170 (66.1)			
นอกปอด	4 (1.6)	0 (0)			
ในปอดและนอกปอด	4 (1.6)	2 (0.8)			
โรคไตเรื้อรัง (โรคร่วม)			0.24	0.09-0.654	.005
ไม่มี	74 (28.8)	163 (63.4)			
มี	11 (4.3)	9 (3.5)			

จากตารางที่3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (ผอม) มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีค่าดัชนี มวลกายปกติ 0.63 เท่า (ORadj 0.63; 95% CI 0.26-1.51) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อHIV มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อHIV 2.82เท่า (ORadj 2.82; 95%CI 1.01-7.86) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีตำแหน่งการติดเชื้อในปอด มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า

ผู้ที่มีการติดเชื้อนอกปอด 0.18 เท่า (ORadj 0.18; 95% CI 0.03-1.04) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย 0.24 เท่า (ORadj ; 95% CI 0.09-0.654)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การติดเชื้อHIV ตำแหน่งของการเป็นวัณโรค และการมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วม

ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (ผอม) มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ 0.63 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศนุ นันทัยเกื้อกูล[6] ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคลดลงร้อยละ 39.0 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่ากณฑ์ปกติมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาการของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร ไอ มีเสมหะ เหนื่อย หอบ ต่อมรับรสผิดปกติ ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นผลจากโรคและผลข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีน้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ในภายหลัง และเมื่อร่างกายขาดสารอาหารจึงส่งต่ออาการของโรคและการแพ้ยารุนแรง โดยปกติแล้วผู้ป่วยวัณโรค จะได้รับการรักษาและยา ตามที่แนวทางการรักษาของแพทย์ แต่อาหารก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ทำให้มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์และมวลกล้ามเนื้อลดลง จากการได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งมีผลต่อการรักษาวัณโรคได้

การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อHIV มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อHIV 2.82 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันดร์ ฐานวิเศษ [11]ศิโรตม์ จันทรักษา[7],วีระวรรณ เหล่าวิทวัส[5] ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย อาจเนื่องจากว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าเริ่มรักษาเฉพาะยาต้านวัณโรค และให้ยาต้านไวรัสเอดส์ช้าเกิน 2 เดือน อัตราการเสียชีวิตจะสูงมาก ในบางครั้งผู้รับ บริการมักจะเข้าถึงการรักษาพยาบาลในภาวะวัณโรครุนแรงมาก โดยไม่ทราบสถานะภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมาก่อน พอมาถึงโรงพยาบาล จึงทราบว่าติดเชื้อ HIV พร้อมๆ กับการวินิจฉัยวัณโรค โดยการเจ็บป่วยรุนแรงมากแล้ว ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้การป่วยวัณโรครุนแรงขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังนั้นต้องบริหารจัดการการให้ ยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมกับการรักษาวัณโรคอย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค

ตำแหน่งของการเกิดวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีตำแหน่งการติดเชื้อในปอด มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการติดเชื้อนอกปอด 0.18 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวรรณ เหล่าวิทวัส [5] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคในปอด เสียชีวิตเป็น 0.27 เท่าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคนอกปอด อธิบายได้ว่า เชื้อวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงชนิดหนึ่ง ซึ่งโดยมากแล้วจะมีผลต่อปอด หรือที่เรียกว่า "วัณโรคปอด" ทั้งนี้ วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อและสามารถแพร่สู่คนผ่านละอองฝอยจากการไอและจามทำให้พบการติดเชื้อในตำปหน่งของปอดเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจึงควรเน้นการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในเรื่องวัณโรคปอดสำหรับประชาชน และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการค้นหา คัดกรองผู้ติดเชื้อวัณโรคให้เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วและครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง

การมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย 0.24 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวรรณ เหล่าวิทวัส[5] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เสียชีวิตเป็น 0.24 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย และ ศิโรตม์ จันทรักษา[7] ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตคือ โรคไตวายเรื้อรัง อธิบายได้ว่าผู้ ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเริ่มมีปัญหาสุขภาพและมีความเสื่อมตามวัย ดังนั้นเมื่อเกิดการติดเชื้อวัณโรค ร่างกายอาจอ่อนแอจากอาการข้างเคียงของยา หากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยจะทำให้โอกาสที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เร่งค้นหาผู้ใกล้ชิดที่มีภาวะเสี่ยงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ตรวจหาเชื้อ HIV เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วที่สุด

2. ควรมีการศึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564 (NTP:National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟ ฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
2. กรมควบคุมโรค กองวัณโรค. แนวทางบริหารจัดการและการปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการด้าน วัณโรค. (Management and practice guideline for tuberculosis laboratory).กรุงเทพฯสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ . แนวทางการปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์ พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เจ.เอส.การพิมพ์; 2560.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565.
5. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และเอ็มวิภา แสงชาติ.ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566.วารสารวิจัยและพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ปีที่17 ฉบับที่ 1.2567.
6. วิศณุ นันทัยเกื้อกูล.ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานปป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.ปีที่ 28 ฉบับที่ 2.2564.
7. ศิโรตม์จันทรักษา.ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.ปีที่ 8 ฉบับที่12. 2563.
8. จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.ปีที่5 ฉบับที่ 3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2562.
9. จิตติพร มากเมือง และคณะ.ปัจจัยเกี่ยวเนื่องการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาล เชียงรายเวชสาร.ปีที่ 8 ฉบับที่ 1.2559.
10. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2560.

11. ฐานันดร์ ฐานวิเศษ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร.ปีที่ 20 ฉบับที่ 1. 2563.
12. นาบีละห์สาแม และคณะ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนีปีที่ 13 ฉบับที 25.2561.
13. อัจฉรา รอดเกิด.สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณ โรคจังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 33 ฉบับที่1. 2562.
14. วิวรรธน์ มุ่งเขตกลางและคณะ.สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่3 ฉบับที่ 1.2559.
15. Ante M., Mateja J. Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease. Pulmonary infection [Internet]. 2012 [cited 2017 April 7]; 15 (1):[about 1 p.]. Available from: https://www.intechopen.com/books/pulmonary-infection/nontuberculous-mycobacterial-pulmonary-disease Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
16. Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know. Sixth Edition. Atlanta, United States of America: CDC; 2013.
17. Collins FM. Relative susceptibility of acid-fast and non-acid-fast bacteria to ultraviolet light.ApplMicrobiol 1971; 21: 411-3.of America; 2012.
18. World Health Organization.Global Tuberculosis Report 2021. Geneva, Switzerland: WHO; 2021. World Health Organization.The END TB Strategy. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
19. World Health Organization. WHO global lists of high burden countries for tuberculosis(TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021 - 2025. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

Development of care and treatment model for diabetic patients at Kutbak Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 20,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ธนวรรษ หาญสุริย์[1]
Tanawat Hansuri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,158 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการดำเนินการตามการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีผู้ป่วยมีค่า HbA1C มากกว่า 7 จำนวน 977 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 ผู้ป่วยมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 1,168 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแลและรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This research and development study aimed to study the situation of diabetic patient care and treatment and to study the development of diabetic patient care and treatment models at Kutbak Hospital, Sakon Nakhon Province. The study period was from September to December 2024, a total of 4 months. The sample group consisted of 2,158 diabetic patients at Kutbak Hospital, Sakon Nakhon Province, according to the inclusion criteria. Data were collected from questionnaires and medical records using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation, the accumulated blood sugar level (HbA1C) of diabetic patients after the operation of the development of the diabetic patient care and treatment model at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province, there were 977 patients with HbA1C values higher than 7, accounting for 45.3 percent, and 1,168 patients with HbA1C values lower than 7, accounting for 54.1 percent. Understanding of diabetic patient care at sub-district health promotion hospitals of the personnel in the Kut Bak Hospital service network, health literacy of diabetic patients at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province, health behavior of diabetic patients at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province before and after the operation of diabetic patients at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province, found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level, where after the operation, the accumulated blood sugar level of diabetic patients at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province was better than before the operation.

Keywords: Care and treatment of diabetic patients

---

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes) คือ โรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการจัดการน้ำตาลในกระแสเลือดโดยฮอร์โมนอินซูลินลดลง ซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติของตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เรียกว่า ภาวะขาดอินซูลิน หรือเกิดจากความสามารถในการตอบสนองของร่างกายต่อฤทธิ์ของอินซูลินลดลง เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญที่ผิดปกติทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2021[2] พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (พ.ศ. 2588) ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1]

ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด, ไต, ตา, และระบบประสาท อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจไม่แสดงให้เห็นในทันที แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว อาจไม่สามารถรักษาให้กลับมาหายเป็นปกติได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ, โรคไตเรื้อรัง, และปัญหาทางสายตา นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องมีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินความเสี่ยงและติดตามอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น[3]

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยมีทั้งพฤติกรรมที่ดีและไม่ดี เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำสะอาดอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมถึงการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การใช้เวลาร่วมกับครอบครัวและคนที่รักก็มีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตใจให้ดีขึ้น นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การนอนดึก การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง หรือการไม่ออกกำลังกาย จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีความสุขในชีวิตประจำวัน โดยสามารถทำได้ผ่านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช รวมถึงการลดอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประเมินความเสี่ยงและตรวจหาโรคในระยะแรกก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชาชนวัยทำงานแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน งานวิจัยได้ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การ

รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพก็เป็นปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน การมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว[4]

การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โดยรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร การสร้างระบบการดูแลที่มีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ รวมถึงการติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนในอนาคต[5]

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสกลนครมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง โดยมีการรายงานว่าประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งรวมถึงจังหวัดสกลนคร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนสูงถึงร้อยละ 25.9 และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานถึงร้อยละ 25.0, 17.7 และ 10.7 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสุขภาพโดยรวม โดยพฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ขนมหวานและอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดน้ำหนักเกินและความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้ การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ และการไม่ตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถติดตามอาการและปรับการรักษาได้ทันเวลา[6]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,158 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า

1.2.1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.2.2 มีระดับ HbA1C ไม่เกิน 10

1.2.3 ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

1.2.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.3 การดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.5 การทบทวนกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.6 การดำเนินการตามกิจกรรมที่ผ่านการทบทวนในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1.7 การสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 - 1.80 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนครเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (3 – 4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 พฤติกรรม เหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 พฤติกรรม เหมาะสม

2.61 – 3.40 พฤติกรรม พอใช้

1.81 – 2.60 พฤติกรรม ต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 พฤติกรรม ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง

แบบสอบถามความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ .813

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ .769

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ .793

2.4 แบบบันทึก HbA1C

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

2. การกำหนดกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

5. การทบทวนกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

6. การดำเนินการตามกิจกรรมที่ผ่านการทบทวนในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

7. การสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน การทบทวนกิจกรรมในการดูแล การดำเนินการตามกิจกรรมที่ผ่านการทบทวนในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานและการสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของอำเภอกุดบาก ทั้งหมดประมาณ 2,158 คน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยในปี2567ประมาณ 188 คน ผู้ป่วยมีค่า HbA1C มากกว่า 7 จำนวน 1,606 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 552 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6

2. ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการออกกำลังกายและ การผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

5. รูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก

6. การพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเพิ่มเติม โดยกำหนดแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรพ.สต. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใน รพ.สต. แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)ใน รพ.สต. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia (FBS ≤ 70 mg/dl) ใน รพ.สต.

7. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการดำเนินการตามการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีผู้ป่วยมีค่า HbA1C มากกว่า 7 จำนวน 977 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 ผู้ป่วยมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 1,168 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1

8. การเปรียบเทียบความ เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

8.1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.32	0.50	4.53	0.52	14	-8.471	.000*	-1.65837	-.98830

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.47	0.46	4.67	0.14	2,157	-121.420	.000	-1.22360	-1.18471
พฤติกรรมสุขภาพ	3.41	0.44	4.68	0.15	2,157	-132.836	.000	-1.28257	-1.24525
HbA1C	11.04	4.86	7.27	1.29	2,157	3.601	.000	1.71637	5.82146

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของอำเภอกุดบากทั้งหมดประมาณ 2,158 คน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยในปี2567ประมาณ 188 คน ผู้ป่วยมีค่า HbA1C มากกว่า 7 จำนวน 1,606 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 552 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการออกกำลังกายและ การผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[7] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 4.45, SD = 1.02) การดูแลเท้า (Mean = 4.45, SD = 1.80) และการจัดการอารมณ์ (Mean = 4.97, SD = 1.96) อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับ ไม่ดี (Mean = 2.95, SD = 2.11) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ รูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก ตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[8]และแนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน[6] นอกจากนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเพิ่มเติม โดยกำหนดแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรพ.สต. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใน รพ.สต. แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)ใน รพ.สต. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia (FBS ≤ 70 mg/dl) ใน รพ.สต. ตามแนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ[9,10] ส่งผลให้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการดำเนินการตามการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีผู้ป่วยมีค่า HbA1C มากกว่า 7 จำนวน 977 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 ผู้ป่วยมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 1,168 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 นอกจากนี้ยัง

พบว่า ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลกุดบาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร และระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการดำเนินงาน ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[7] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริจรรยา สาระขันธ์[11] การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กับก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก มีคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ มีคะแนนการประเมินความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯระดับน้ำตาลในเลือดก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 202.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯต่อการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยมีความพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 90.00 ด้านความพึงพอใจต่อการประเมินความเครียดที่ท่านได้รับ มีความพอใจมากคิดเป็นร้อยละ 83.33 ด้านความพึงพอใจต่อการประเมินกิจกรรมด้านการออกกำลังกายมีความพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 90.00 ด้านความพึงพอใจต่อคำแนะนำด้านโภชนการที่ท่านได้รับ มีความพอใจมา คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านความพึงพอใจต่อคำแนะนำด้านการจัดการความเครียดที่ท่านได้รับ มีความพอใจมากคิดเป็นร้อยละ 93.33 ด้านความพึงพอใจต่อคำแนะนำด้านกิจกรรมการออกกำลังกายที่ท่านได้รับมีความพอใจมากคิดเป็นร้อยละ100 ด้านพยาบาลวิชาชีพมีกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผลการศึกษาพบว่าผลของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ด้านการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ได้จริงในการทำงาน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากคิดเป็นร้อยละ 75.00 ด้านประโยชน์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก มีความพึงพอใจระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านการช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้นกว่าวิธีเดิมที่ปฏิบัติ มีความพึงพอใจระดับมากคิดเป็นร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 คิดว่าไม่ควรมีการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล และร้อยละ 75 คิดว่าสมควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ควรมีการดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ซึ่งประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 2) การกำหนดกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 3) การดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 5) การทบทวนกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 6) การดำเนินการตามกิจกรรมที่ผ่านการทบทวนในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 7) การสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

2. รูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกุดบาก และควรกำหนดแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองเบาหวานในชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรพ.สต. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใน รพ.สต. แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)ใน รพ.สต. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia (FBS ≤ 70 mg/dl) ใน รพ.สต.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2566). 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก WORLD DIABETES DAY ออนไลน์ https://www.cmu.ac.th/th/article/1516e9d1-9cb9-40fa-ba98-9285046ddfe6
2. International Diabetes Federation. (2021). IDF DIABETES ATLAS, 10th edition. Online version of IDF Diabetes Atlas:www.diabetesatlas.org
3. อรุณรัตน์ สู่หนองบัว ลำไพ สุวรรณสาร.(2565). การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565
4. ชาตรี แมตสี่ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร.(2560). การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม 2560
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพ: บริษัท ศรีเมือง การพิมพ์
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2567). แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน (ฉบับปรับปรุง 2567). กรุงเทพ: บริษัท ศรีเมือง การพิมพ์
7. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปัฐยาวัชร ปราฎผล.(2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 58-74
8. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.
9. จุรีพร คงประเสริฐ.(2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.); 2558.
10. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง, ศศิภรณ์ สารแสง.(2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 20(2) 17-26
11. ศิริจรรยา สาระขันธ์.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (2024): มกราคม - เมษายน 2567

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องกับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

A comparison of the effects of a 9-box exercise program and a 10-posture exercise program on balance and leg muscle strength in elderly people at risk of falling.

(Received: December 20,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ศิริพร วันทองทิพย์[1]
Siriporn wanthongthip[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ที่มีผลต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ใช้กลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและมีช่วงอายุและระดับการศึกษาใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามและแบบประเมินเพื่อวัดสมรรถภาพทางกาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีแจกแบบสอบถามและทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย แก่กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 - 31 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของของค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ทั้ง 2 โปรแกรมการออกกำลังกายมีผลค่าคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวขณะยืนนิ่งและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขานั้นพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลองซึ่งมีความหมายว่าเคลื่นที่ได้เร็วขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะยืนนิ่งและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และพบว่าพฤติกรรมความถี่ของการออกกำลังกายพบว่าสูงสุดมีความถี่ในการออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือนหรือไม่ออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 33.33 กล่าวคือก่อนเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยนี้ กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ต่อเนื่องตามแบบแผนการออกกำลังที่ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง การออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study and compare the effects of a 9-box exercise program with a 10-posture basic exercise program on balance and leg muscle strength in elderly people at risk of falling in Suwannakhuha Subdistrict, Suwannakhuha District, Nong Bua Lamphu Province. The study group was selected

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสุวรรณคูหา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

by purposive sampling. The experimental group was elderly people who met the criteria for falling and had similar ages and education levels in both groups, with 18 people in each group. The research instruments were questionnaires and assessment forms to measure physical fitness. Data were collected by distributing questionnaires and conducting physical fitness tests for the sample groups between November 1, 2023 and December 31, 2024. General data and health and health behavior data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and inferential statistics. The mean scores of the test values were compared using a paired t-test. The differences in the mean scores of the test values were compared using an independent t-test.

The results of the study compared the results of the 9-square exercise program with the results of the 10-posture basic exercise program. Both exercise programs had results in the average score of standing balance and leg muscle strength. It was found that after the experiment, the average score was higher than before the experiment. However, the average score of moving balance was lower than before the experiment, which means that the movement was faster. This study found that the 9-square exercise program and the results of the 10-posture basic exercise program can increase the ability to stand still and move and the leg muscle strength in the elderly who participated in both programs with statistical significance ($P<0.05$). It was found that the highest exercise frequency behavior was less than 2 times per month or not exercising at all, accounting for 33.33 percent. In other words, before joining this research project, the elderly group had inconsistent exercise behavior according to the correct and appropriate exercise plan.

Keywords: 9-square exercise, 10-posture basic exercise, balance, leg muscle strength, elderly at risk of falling

บทนำ

ในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) แล้ว โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข,2566) และสถานการณ์ประชากรณกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรณ์ผู้สูงอายุจำนวน 90,103 คน คิดเป็นร้อยละ 19.63 ของประชากรทั้งจังหวัด และ อำเภอสุวรรณคูหามีประชากรผู้สูงอายุ 9,765 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 ซึ่งมีอัตราส่วนที่สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน[1] บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ส่วนต่างๆของร่างกายในทางเสื่อมถอย โดยเฉพาะความเสื่อมถอยทางด้านโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวนั้นมีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความสามารถในการทรงตัวน้อยมีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวที่ปกติ เมื่อเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้น ไปนั้น มีแนวโน้มหกล้ม ร้อยละ 28-35 ต่อปีและจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่ออายุก้าวเข้าสู่ ปีที่ 70 เป็นต้นไป ผู้สูงอายุที่หกล้มและมีกระดูกสะโพกหักมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี สูงถึงร้อยละ 20 เมื่อผู้สูงอายุหกล้มและมีภาวะกระดูกหักพบว่า 1 ใน 5 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก และบางส่วนต้องใช้รถเข็นตลอดไปส่งผลให้ผู้สูงอายุ

สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องมีคนดูแลตลอดเวลามีภาวะสับสน มีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา ส่วนผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม แม้ไม่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่จะเกิดอาการวิตกหวาดกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ไม่กล้าใช้ชีวิตตามปกติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆลดลงไปด้วย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตัวเองได้อีกเลย ปัญหาภาวะสุขภาพนี้ส่งผลกระทบให้ลูกหลานหรือญาติพี่น้องต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มเวลาหรือจ้างผู้ดูแลพิเศษ อีกทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วยจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่หกล้มสูงถึงแสนกว่าบาทต่อคน ต่อครั้งหาก รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดขึ้น เช่น รายได้ที่ครอบครัวต้องเสียไปเมื่อต้องออกจากงานมาดูแลหรือรายจ่ายที่เพิ่มหากต้องจ้างคนดูแลโดยประมาณการว่าอาจสูงถึง 1,200,000 บาท ต่อคนต่อปี[2]

ผลการการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) ปีงบประมาณ 2566 ของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 พบว่าค่าเฉลี่ยจากผลการคัดกรองของกลุ่มที่ถูกคัดกรองร้อยละ 77.18 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศไทยพบว่าความเสี่ยงทางสุขภาพด้านที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือด้านการมองเห็น ร้อยละ 13.31 รองลงมาคือ ความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 7.09 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นลำดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 5.54 และความเสี่ยงด้านอื่นๆ รองลงมาตามลำดับ จากข้อมูลการคัดกรองกลุ่มอาการทางสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังในผู้สูงอายุของแอปพลิเคชั่นบลูบุ๊ค (Blue book) ของกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2566 รายงานว่าปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก รองลงมาคือความเสี่ยงด้านการมองเห็น และความเสี่ยงลำดับที่ 3 คือความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว เช่นกัน[3] ในพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหาอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามนโยบายสาธารณสุข ผลการคัดกรองในปีงบ 2566 ผ่านระบบสมาร์ท อสม. ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ของพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา ช่วงเดือนสิงหาคม ปี 2566 พบว่าผลความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อการพลัดตกหกล้มหรือด้านการเคลื่อนไหวนั้นสูงเป็น ลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 12.09 รองลงมาจากปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21.57 และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ของพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีข้อจำจัดในด้านความสามารถในด้านการเคลื่อนไหวลดลงจากการหกล้ม เฉลี่ยปีละ 8-10 ราย ในเขตอำเภอสุวรรณคูหา และมีข้อมูลอุบัติการณ์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมีเริ่มต้นมาจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 2 ราย ในเขตตำบลสุวรรณคูหา[4]

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการก้าวตามตารางเก้าช่องมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีอยู่เดิม เพื่อเป็นต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู เนื่องจากการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเก้าช่องเป็นการออกกาลังกายที่สนุกสนานและง่ายต่อการเข้าถึงในการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับทุกเพศทุกวัยตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งถึงวัยผู้สูงอายุ และได้มีการศึกษาวิจัยถึงผล

ของการออกกาลังกายแบบก้าวตามตารางเก้าช่องอันเป็นที่ยอมรับในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะหกล้มและส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุได้และการออกกำลังกายด้วยการก้าวตามตารางเก้าช่อง[5] ยังมีผลในการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนที่จะส่งผลให้ลดโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ที่มีผลต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 (Experimental Group no 1) และกลุ่มทดลองที่ 2 (Experimental Group no 2) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest design) โดยกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับการออกกำลังกายโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง และกลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการออกกำลังกายโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่าที่เผยแพร่โดยศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กำหนดระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มและมีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มเข้าเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (มีผลการทดสอบเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ในเกณฑ์การคัดกรอง 2 ข้อ ดังนี้ มีความสามารถเดินไปกลับด้วยต้นเอง 6 เมตร ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที หรือ มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง) ในเขตพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและมีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มเข้าเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (มีผลการทดสอบเข้าเกณฑ์ อย่างน้อย 1 ข้อ ในเกณฑ์การคัดกรอง 2 ข้อ ดังนี้ มีความสามารถเดินไปกลับด้วยต้นเอง 6 เมตร ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที หรือ มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง) ในช่วงระยะเวลาการคัดกรอง เดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 36 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการศึกษาร้อยละ 20 โดยใช้สูตรของ Two Independent means ของ App N4Studies แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก 18 คน จะใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง ส่วนกลุ่มที่ 2 จำนวน 18 คน จะใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินเพื่อวัดสมรรถภาพร่างกาย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่งขาเดียวและขณะเคลื่อนไหวและค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ผู้สูงอายุที่มีลักษณ์คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาอ้างอิงความเชื่อมั่นจากผลการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ของขั้นตอนวิธีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม 3 รูปแบบสำหรับผู้สูงอายุไทยใน วิธีทดสอบสมรรถภาพร่างกายด้วย Time Up and Go test (TUG) เป็นขั้นตอนวิธีการที่มีความไวมากที่สุดร้อยละ 71.6 (95% CI: 63.6, 78.7) และให้ค่า False negative น้อยที่สุดร้อยละ 28.4 และคู่มือการคัดกรองและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2558 แนะนำให้ใช้วิธีการทดสอบเพื่อพยากรณ์โอกาสหกล้มในผู้สูงอายุโดยวิธี Time Up and Go test (TUG)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้โปรแกรมตาราง 9 ช่อง ในการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือที่ได้รูปแบบมาจาก รูปแบบการก้าวเท้าโดยเน้นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวแบบ 3 มิติ ตามชุดการก้าวเท้าในการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของศศิวิมลและคณะ[7] และ กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และสอนการก้าวเท้าตามรูปแบบที่กำหนดร่วมกับให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยและแจกแผ่นตารางในการฝึกเต้นก้าวเท้าตามตารางเก้าช่องจัดตั้งกลุ่มไลน์ของสมาชิกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยแยกเป็น 2 กลุ่มไลน์ตามประเภทโปรแกรมกิจกรรมการเต้นเพื่อกระตุ้นเสริมพลังและติดตามการเต้นอย่างสม่ำเสมอของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ทำการทดสอบค่า TUGT และ OLST และ FTSST ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และสอนการก้าวเท้าตามรูปแบบที่กำหนดร่วมกับให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยและแจกแผ่นตารางในการฝึกเต้นก้าวเท้าตามตารางเก้าช่องจัดตั้งกลุ่มไลน์ของสมาชิกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยแยกเป็น 2 กลุ่มไลน์ตามประเภทโปรแกรมกิจกรรมการเต้นเพื่อกระตุ้นเสริมพลังและติดตามการเต้นอย่างสม่ำเสมอของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสอนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่อง ตามชุดการก้าวเท้า 4 ชุดที่กำหนดร่วมกับเปิดเพลงโดยใช้จังหวะชะชะช่า นาน 30 นาที โดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ที่บ้าน พร้อมกับแจกสื่อชนิดแผ่นพับและแบบวิดีทัศน์ออนไลน์เพื่อนำไปปฏิบัติ และบันทึกหลักฐานการปฏิบัติลงในแบบบันทึกโปรแกรมการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ฝึกพร้อมกับรายงานลงในไลน์กลุ่มการออกกำลังกายในโครงการวิจัยครั้งนี้ในผู้สูงอายุที่ใช้ไลน์ไม่เป็นผู้วิจัยจะใช้วิธีโทรติดตามการออกกำลังกายตามวันที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 2-สัปดาห์ที่ 5 ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกก้าวเท้า ตามชุดเลขการก้าวเท้าตามตาราง ทั้ง 4 ท่า ให้ได้ความถี่การออกกำลังคืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที สามารถออกกำลังกายวันใดก็ได้ ในช่วงวันจันทร์-วันศุกร์ ใน 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Post-test) โดยทดสอบค่า TUGT และ OLST และ FTSST และสอบถามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กลุ่มทดลองที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ทำการทดสอบค่า TUGT และ OLST และ FTSST ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ตามแนวทางการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของกรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีโดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็น เวลา 4 สัปดาห์ที่บ้าน พร้อมกับแจกสื่อชนิดแผ่นพับและแบบวิดีทัศน์ออนไลน์เพื่อนำไปปฏิบัติ และบันทึกหลักฐานการปฏิบัติลงในแบบบันทึกโปรแกรมการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ฝึกพร้อมกับรายงานลงในไลน์กลุ่มการออกกำลังกายในโครงการวิจัยครั้งนี้ในผู้สูงอายุที่ใช้ไลน์ไม่เป็นผู้วิจัยจะใช้วิธีโทรติดตามการออกกำลังกายตามวันที่กำหนด ท่าออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า จาก เพจศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

สัปดาห์ที่ 2-สัปดาห์ที่ 5 ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกก้าวเท้า ตามชุดเลขการก้าวเท้าตามท่าออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ที่มาจาก เพจศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ให้ได้ความถี่การออกกำลังคืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที สามารถออกกำลังกายวันใดก็ได้ ในช่วงวันจันทร์-วันศุกร์ ใน 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Post-test) โดยทดสอบค่า TUGT และ OLST และ FTSST และสอบถามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์หลังจากหลังจากนั้นจัดทำคู่มือลงรหัสตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบประเมินเพื่อวัดค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่งขาเดียวและขณะเคลื่อนไหวและค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอในรูปของค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของค่าการทดสอบค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่งขาเดียวและขณะเคลื่อนไหวและค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ของผู้เข้าร่วมวิจัยการออกกำลังกายทั้ง 2 โปรแกรม ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังได้เข้าโปรแกรมที่แตกต่างกันในการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของของค่าการทดสอบค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่งขาเดียวและขณะเคลื่อนไหวและค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ของผู้เข้าร่วมวิจัยการออกกำลังกายทั้ง 2 โปรแกรม ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังที่ได้เข้าโปรแกรมที่แตกต่างกันในการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอาสาสมัครในการศึกษาจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่ม

ละ 18 คน ซึ่งกลุ่มอาสาสมัครในการศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มทดลองที่ 1 มีอายุเฉลี่ย 67.39 ปี (SD = 3.97) กลุ่มทดลองที่ 2 มีอายุเฉลี่ย 68.78 ปี (SD = 4.08) เมื่อแบ่งตามช่วงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 66 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 38.89 ตามลำดับ ช่วงอายุที่ น้อยที่สุดคือ 76 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 5.56 ทั้ง 2 กลุ่ม ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวคิดเป็นร้อยละ 38.89 และ 27.78 ในส่วนน้อยกลุ่มที่ 1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27.78 กลุ่มที่ 2 ส่วนน้อยประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงานเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 55.56 ระดับการศึกษาที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มทดลองที่ 1 คือไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษามัธยมตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 22.22 เท่ากัน สำหรับกลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 และรองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 16.67 ตามลำดับ

กลุ่มอาสาสมัครในการศึกษา ในกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์และอ้วนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5.56 เท่ากัน ข้อมูลสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวคือ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองมาคือโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 72.22 และ 55.56 และ 44.44 ตามลำลำดับ พบว่าทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ แต่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดจำนวนเดือนละครั้งหรือน้อยกว่าเท่ากับจำนวนของคนที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 38.89 เท่ากันรองลงมาคือมีความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 2-3 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 22.22 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนสูงสุดพบว่ามีจำนวนคนที่ไม่ดื่มและดื่มเป็นบางครั้งเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 38.89 รองมาคือดื่มเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 22.22 พฤติกรรมความถี่ของการออกกำลังกายพบว่าสูงสุดมีความถี่ในการออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือนหรือไม่ออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือมีความถี่ของการออกกำลังกาย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์และมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.78 น้อยที่สุดคือมีความถี่ในการออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 11.11 ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 88.89 เคยหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยหกล้ม 1 ครั้ง และ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน ในอัตราที่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 66.11 รองลงมาคือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 22.22 และ 11.11 ตามลำดับและค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.56 ข้อมูลสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวคือ ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานรองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 77.78 และ 61.11 และ 55.56 ตามลำดับ พบว่าทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือมีความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 27.78 น้อยที่สุดคือดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 2-3 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 16.67 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนพบว่ามีจำนวนคนที่ไม่ดื่มและดื่มเป็นบางครั้งและดื่มเป็นประจำนั้นเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.33 พฤติกรรมความถี่ของการออกกำลังกายพบว่าสูงสุดมีความถี่ใน

การออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือนหรือไม่ออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือมีความถี่ของการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 38.89 น้อยที่สุดคือมีความถี่ในการออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 83.33 เคยหกล้มคิดเป็นร้อยละ 16.67 โดยหกล้ม 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 และหกล้ม 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33

กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องของ และกลุ่มทดลองที่ 2 ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยผลค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่ง (OLST) เพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มและกลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ -2.17 วินาที และ -1.89 วินาที ตามลำดับ (P<0.001,P<0.001 ตามลำดับ) ผลการทดสอบค่าการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (TUGT) ก็มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นกันทั้ง 2 โปรแกรม โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.22 วินาที กลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.78 วินาที (P<0.001,P<0.002 ตามลำดับ) ค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (FTSST)มีค่าเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 2.33 วินาที และกลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 2.06 วินาที (P<0.001,P<0.001 ตามลำดับ) และผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของค่าเฉลี่ย OLST ของกลุ่มทดลองที่ 1 เทียบกับกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลการทดสอบ คือ 0.06 วินาที ,0.33 วินาที (P=0.96,0.78 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของค่าเฉลี่ย TUGT ของกลุ่มทดลองที่ 1 เทียบกับกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลการทดสอบคือ 0.71 วินาที,0.47 วินาที (P=0.31,0.55 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของค่าเฉลี่ย FTSST ของกลุ่มทดลองที่ 1 เทียบกับกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลการทดสอบ คือ 0.59 วินาที,0.42 วินาที (P=0.77,0.79 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ทั้ง 2 โปรแกรมการออกกำลังกายมีผลค่าคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวขณะยืนนิ่งและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขานั้น พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลอง การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะยืนนิ่งและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ซึ่งความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่เพิ่มขึ้นส่งผลโดยตรงกับการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว[3] ดังนั้นการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมดังกล่าวข้างต้นทั้ง 2 โปรแกรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาในการออกกำลังนานอย่างน้อย 30 นาที นานต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุจะสามารถลดโอกาสการหกล้มได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิวิมลและคณะ[7] ที่ศึกษาผลของค่าการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวและการทรงตัวขณะยืนนิ่งกลุ่มที่ได้รับการฝึกตารางเก้าช่องมีค่าการทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05 เทียบกับกลุ่มที่

ให้การอบรมความรู้เพียงอย่างเดียวพบว่าไม่มีค่าความแตกต่างของการทรงขณะเคลื่อนไหวและค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่ง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มพบว่าผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องกับผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าพื้นฐาน 10 ท่า ที่มีผลต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่ง ค่าการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ให้ผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันคือ มีค่าเฉลี่ย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าการทรงตัวขณะยืนนิ่งเพิ่มขึ้นทั้ง 2 โปรแกรมแต่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลง ทั้ง 2 โปรแกรม จึงไม่มีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 10 ท่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในพื้นที่ ตำบลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายนั้นจะต้องมีกระบวนการกระตุ้นและกำกับเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจึงจะส่งผลถึงประสิทธิภาพของการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา[5] ผู้สูงอายุสามารถเลือกโปรแกรมการออกกำลังด้วยตนเองได้ตามความสนใจ โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุข หรือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน care giver มีส่วนร่วมในการกระตุ้น กำกับและติดตาม และสามารถทำได้เองที่บ้านหรือการรวมกลุ่มเล็กๆ ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในรูปแบบของการใช้โปรแกรมต่างๆ ควรมีการขยายผลการใช้โดยเริ่มตั้งแต่วัยเรียน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ไปจนถึงวัยสูงอายุ เนื่องจากจะเป็นกลยุทธเพิ่มความตระหนักและเพิ่มทัศนคติที่ในการออกกำลังกายทุกเพศและทุกช่วงวัยที่ในอนาคตจะเผชิญกับปัญหาเสี่ยงต่อการหกล้มและจะเกิด care giver ต้นแบบที่เพิ่มมากขึ้นที่จะช่วยสื่อสารและเป็นผู้นำในการปฏิบัติการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องในครอบครัวและในชุมชนอย่างครอบคลุม

2. ด้านการศึกษาวิจัย เพื่อการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการหกล้มโดยการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวให้ครอบคลุมทุกเพศควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังในผู้สูงอายุเพศชายมีความสนใจ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปออกแบบโปรแกรมการออกกำลังที่จะจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องได้ร่วมกับการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณนายแพทย์รวมพล เหล่าหว้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณคูหา ที่อนุญาตให้ศึกษาและนาเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณคณะอำนวยการ การจัดการอบรมเรื่องการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามร่วมกับทำกิจกรรมภาคปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่กรุณาให้แนวความคิด คำแนะนำตลอดจนวิธีการดำเนินการศึกษา และให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ และอบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้โดยตลอดมา เป็นแรงผลักดันให้งานวิจัยลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). *รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน* (Basic/Community Screen STEP1). สืบค้น 30 กันยายน 2566 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id =6966b0664b89805a484d7.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2558). *คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.* กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559.* กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
4. ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ:กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. *รายงานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ จังหวัดหนองบัวลำภู*. สืบค้น 30 กันยายน 2566 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/ main/rp_screen_ap?region=OA==&province=Mzk=.
5. เยาวดี มณีทรัพย์. (2563). *ผลของการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ*. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี ปีที่ 45 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563.
6. กมลทิพย์ ศุภพิชญ์นาม. (2560). *ผลของการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.* มหาราชนครศรีธรรมราช 1(1) กรกฎาคม-ธันวาคม 2560.
7. ศศิวิมล วรรณพงษ์ และคณะ. (2564). *ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม.* ศรีนครินทร์เวชสาร 36(3) : 310-316 (2564).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
Nursing Care for Patients with Atrial Fibrillation Treated with Warfarin: A comparative 2 Case Study.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

อาภรณ์ ดีอันกอง[1]
Arporn Deeunkong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ได้รับยา Warfarin เปรียบ เทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2ราย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มารับ การรักษาในคลินิก Warfarin และรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : จากการศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย สรุปได้ว่าการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพ ให้การพยาบาลที่สอดคล้อง กับภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ที่ได้รับยา Warfarin ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนจากยา ผู้ป่วยปลอดภัย จากกรณี ศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุ การเกิดโรค และโรคร่วมที่ต่างกัน รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็น ภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจรูมาติก, โรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบและ เบาหวาน รายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคหัวใจสั่นพลิ้ว มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง ต่อมลูกหมากโต และโรคเก๊าท์ ปัญหาการพยาบาลที่เหมือนกัน ดังนี้ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่าย 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมีโรคร่วมหลายโรค และมีปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังนี้ รายที่ 1 พบปัญหาทางการพยาบาลได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากPotassium ในเลือดต่ำ 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อน มีโรคร่วมหลายโรค รายที่ 2 พบปัญหาทางการพยาบาลได้แก่ 1. เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด ลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ 2. ไม่สุขสบายเนื่องจาก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3. มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 4. มีภาวะเสียงต่อการเกิด ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อน มีโรคร่วมหลายโรค

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว, ยา Warfarin

Abstract

This study aimed to study nursing care for patients with atrial fibrillation who received Warfarin. The case study compared 2 patients by purposive selection of patients who received treatment at the Warfarin clinic and were treated as inpatients at Sichomphu Hospital, Khon Kaen Province. The instruments used for data collection included data recording forms from patient medical records, interviews, and observations. Data were collected for analysis, nursing diagnosis was determined using the patient assessment form according to Gordon's 11 health models, data was analyzed, and nursing action plans were planned using the nursing process.

Results: From the study, comparing 2 cases, it can be concluded that the use of nursing process in caring for patients, finding health needs, providing nursing care that is consistent with atrial fibrillation receiving Warfarin, no complications from the drug, the patient is safe. From the study case, both cases have different causes, occurrence of the disease and comorbidities. Case 1 was diagnosed with atrial fibrillation with comorbidities of rheumatic heart disease, mitral valve

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน การแพร่หลายของโรคสอดคล้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบในประชากรอายุระหว่าง 65 – 74 ปี ร้อยละ 1.5 ต่อมาคือ 75 – 84 ปี ร้อยละ 2.2 และ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจล้มเหลว[1]

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว Atrial fibrillation เป็นภาวะหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นภาวะหัวใจห้องบนเกิดการสั่นพริ้วและส่งสัญญาณมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ หลักการดูแลรักษาของผู้ป่วยหัวใจ เต้นสั่นพลิ้ว ประกอบไปด้วย ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกายการดูแลป้องภาวะลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันในอวัยวะสำคัญส่วนอื่นของร่างกายซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตราย แพทย์มักจะให้ยา Warfarin ป้องกันการกระจายของลิ่มเลือดไปอุดตัน อวัยวะต่างๆ เช่น สมอง หัวใจ และปอด เพื่อควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจในระยะยาว

Warfarin เป็นยาในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดกิน (Oral anti-coagulant) กลไกการออกฤทธิ์ประกอบไปด้วย 2 กลไก ได้แก่ ยับยั้งเอนไซม์ vitamin K quinine reductase และ vitamin K epoxide reductase ซึ่งกลไกดังกล่าวอาจจะก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ 1. ภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรง (Minor bleeding) คือ ภาวะเลือดออกที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา พยาบาล ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 2. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง (Major bleeding) คือ อาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยา Warfarin (Serious adverse drug event) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด หรือมีเสมหะเป็นเลือด หรือการเกิดเลือดออกที่ทำให้ ภาวะ Hb ลดลงมากกว่า 2 g/dl หรือจำเป็นต้องมีการให้เลือด อย่างน้อย 2 ยูนิต รวมถึงภาวะเลือดออกที่ต้องช่วยเหลือชีวิตและภาวะเลือดออกที่ทำให้เสียชีวิต[2,3,4]

ด้วยนโยบายการพัฒนาระบบบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีชมพูได้มีการจัดตั้งคลินิก Warfarin ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา เช้า–บ่าย จากการทบทวนย้อนหลังพบว่ามีผู้ป่วย AF มารับบริการที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ปกติ (INR 2-3) โดยมีข้อมูล ปี 2563-2565 ร้อยละ 54.14, 55.12, 55.46 ตามลำดับ[5] จากการทบทวนมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกรุนแรง (Major bleeding /Thromboembolism, stroke, UGIB) โดยมีข้อมูลปี 2563 -2565 พบร้อยละ 1.83, 2.18, 3.42 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง คะแนนแบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarinยังอยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิก Warfarin เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ อย่างมากในการประเมิน ปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พยาธิสภาพของโรค ความรู้เรื่องยา Warfarin และ การออกแบบ แบบติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin จะทำให้สามารถ ประเมินปัญหา สาเหตุการเจ็บป่วย ได้ครอบคลุมมากขึ้น แพทย์ ตรวจรักษา ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัย หากมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาขนาดยา พยาบาลต้องมีการอธิบาย ให้ชัดเจน ทั้งด้านการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และประเมินประสิทธิภาพการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ที่รับยา Warfarin กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrilla-tion : AF) ที่มีโรคร่วมต่างกัน จำนวน 2 ราย ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรค Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู ระหว่างเดือน มิถุนายน -กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 1 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 3 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ถึง วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 รวม ระยะเวลา 5 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 3 สิงหาคม 2566

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรค ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) ที่รับยา Warfarin ในพื้นที่ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารงตำรางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เลือกศึกษาผู้ป่วย.ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) ที่รับยา Warfarin จำนวน 2 ราย มีปัจจัยโรคร่วมที่ซับซ้อนต่างกัน จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และทะเบียนการรับบบริการงานผู้ป่วยใน

4. ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

5. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยแลญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

6. ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

7. สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหา ตามหลักวิชาการ และการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

1.การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
1.ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 69 ปี สถานภาพ หม้าย ให้ประวัติว่า 15 ปีก่อนมา มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว มีโรคร่วม RHD and MS and NIDDM 5 ปีก่อนมา รับการรักษาที่คลินิก Warfarin รพ.สีชมพู รักษาต่อเนื่อง 4 วันก่อนมารักษา เหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอแห้งๆ แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 29 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 วินิจฉัยโรค AF and CHF	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 87 ปี สถานภาพ หม้าย ให้ประวัติ 20 ปีก่อน มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว รักษากินยาต่อเนื่อง 6 ปีก่อนมา พบโรค Gout and CKD stage 4 และBPH ร่วมด้วย รับการรักษาที่คลินิก warfarin รพ.สีชมพู 3 วันก่อนมารักษา มีจุดจ้ำเลือดตามแขน ขา ประมาณ 10 จุด ไข้ เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะลำบาก แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ถึง 18 กรกฎาคม 2566 วินิจฉัยโรค AF and Warfarin overactivity
2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ	เป็น AF and RHD and MS and NIDDM รักษาด้วยการรับประทานยา	เป็น AF and BPH and Gout and CKD stage 4 รักษาด้วยการรับประทานยา
3. ข้อมลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วย	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้จำกัดน้ำ	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุ ตามัว กินยาไม่ถูกต้อง มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน เลือดออกง่าย จากการใช้ยา

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
4.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วย	**แบบแผนที่ 1** การรับรู้และการจัดการสุขภาพ - วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีอาการเหนื่อยง่าย **แบบแผนที่ 2** โภชนาการ - รับประทานอาหาร ได้ปกติ พฤติกรรมอาหารไม่เหมาะสม ชอบกินผักสีเขียว **แบบแผนที่ 3** การขับถ่าย - ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนนี้ **แบบแผนที่ 4** กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย - ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำงานได้น้อยลง **แบบแผนที่ 5** การนอนหลับพักผ่อน - นอนหลับได้ดี ไม่มีสะดุ้งตื่นตอนกลางคืน **แบบแผนที่ 6** สติปัญญา และการรับรู้ - เรียนรู้ รับรู้ ได้ปกติ ตัดสินใจได้ปกติ **แบบแผนที่ 7** การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง - วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ว่ามีอาการเหนื่อยง่าย ไม่รู้สึกท้อแท้ **แบบแผนที่ 8** บทบาท/สัมพันธภาพ - ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนนี้ **แบบแผนที่ 10** การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด - เมื่อมีภาวะเครียดพูดคุยและปรึกษาครอบครัว **แบบแผนที่ 11** ความเชื่อ - เชื่อและปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา	**แบบแผนที่ 1** การรับรู้และการจัดการสุขภาพ - วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับประทานยาไม่ถูกต้อง **แบบแผนที่ 2** โภชนาการ - รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ ใส่ฟันปลอม มีภาวะพร่องโภชนาการ **แบบแผนที่ 3** การขับถ่าย - ปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะลำบาก **แบบแผนที่ 4** กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย - ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำงานได้น้อยลง **แบบแผนที่ 5** การนอนหลับพักผ่อน - นอนหลับได้ดี ไม่มีสะดุ้งตื่นตอนกลางคืน **แบบแผนที่ 6** สติปัญญา และการรับรู้ - รับรู้ผิดปกติ หูตึง บกพร่องการสื่อสาร **แบบแผนที่ 7** การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง - วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และทราบว่า ตนเองมียาที่ต้องรับประทานจำนวนมาก **แบบแผนที่ 8** บทบาท/สัมพันธภาพ - ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนนี้ **แบบแผนที่10** การเผชิญปัญหาและความ - อดทนต่อภาวะเครียด เมื่อมีภาวะเครียด พูดคุยและปรึกษาพระภิกษุในวัด **แบบแผนที่ 11** ความเชื่อ - เป็นสมณะ นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติตามกิจของสงฆ์
5. การประเมินสภาพ ร่างกายตามระบบ	รูปร่างสมส่วน อาการเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ RR 24 ครั้ง/นาที pSO_2 96 % PE Wheezing Both Lung กดบุ๋ม ขาทั้ง 2 ข้าง ระดับ 1+ CXR Cardiomegaly and Cephalization	รูปร่างผอม อาการอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก มีจุดจ้ำเลือดตามแขนขา T 38.1 ^{O}C RR 24 ครั้ง/นาที pSO_2 96 % PE Wheezing Both Lung CXR พบ Rt lung infiltration
6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC wbc 6.23 (10^{*3}/microliter) Hb 10.8 g/dl HCT 33.9 % Blood chemistry K 3.07 mmol BUN 23 mg/dl Cr 0.73 mg/dl ค่า PT 32.6 INR 2.83	CBC wbc 13.67 (10^{*3}/microliter) Mono 9% BUN 29.4 mg/dl Cr 1.98 mg/dl eGFR 29.5 ml/min/1.73m^{*2}UA wbc 30-50 rbc 0-1 nitrite positive leukocyte 3+ bactreria 3+ ค่า PT 104.7 INR 9.10 Lactate 2.3 mmol/l
7. การรักษา	<u>29 มิถุนายน66</u> - Furosemide 20 mg/amp iv 40mg stat then ทุก 8 ชม - Salbutamol พ่น 1 Nebule stat thenทุก 6 ชม - M potassium Citrate 30 ซีซี ทุก 3 ชม x 2 dose - Warfarin 3 mg/tab 1*1 /w po hs เฉพาะวันอาทิตย์ - Warfarin 2 mg/tab 2*1 po hs - Simvastatin 20 mg/tab 1*1po hs - Enalapril 5 mg/tab 1*1 po pc - Atenolol 50 mg/tab 1/2*1 po pc - Folic acid 5 mg/tab 1*1 po pc <u>30 มิถุนายน 66 HM</u> - Warfarin 3 mg/tab 1*1 /w po hs เฉพาะวันอาทิตย์	<u>14 กรกฎาคม 2566</u> - Berodual พ่น 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง Nss IV 0.9% 1000cc/bag iv rate 60 cc ต่อ ชั่วโมง - Dexamethasone 8 mg/2cc iv stat - Ceftriaxone 1g/ po wd 2 g iv stat - Vit K 1 (10mg)/tab 1 tab oral stat Hold Warfarin - Doxazosin 2 mg/tab 2*1pc hs - Allopurinol 100 mg /tab1/2*1po pc - Colchicine 0.6 mg/tab 1*1po pc วันเว้นวัน - Soda mint 300 mg/tab1*3 po pc - Carvedilol 6.25 mg/tab 1*2 po pc - Folic acid 5 mg /tab 1*1po pc - Bromhexine 8 mg/tab1*3po pc

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
7. การรักษา (ต่อ)	- Warfarin 2 mg/tab 2*1 po hs - Simvastatin 20 mg/tab 1*1po hs - Enalapril 5 mg/tab 1*1 po pc - Atenolol 50 mg/tab 1/2*1 po pc - Folic acid 5 mg/tab1*1 po pc - Furosemide 40 mg/tab 1*2po pc เช้า เที่ยง - Metformin 500 mg/tab 1/2*1 po pc	- Omeprazole 20 mg /tab1*2 po pc - Ceftriaxone 1 g/po wd 2 g iv OD 17 กรกฎาคม 2566 - Add Warfarin 2 mg/tab 1/2*po hs 18 กรกฎาคม 2566 HM - Doxazosin 2 mg/tab 2*1pc hs - Allopurinol 100 mg /tab1/2*1po pc - Colchicine 0.6 mg/tab 1*1po pc วัน เว้นวัน - Soda mint 300 mg/tab1*3 po pc - Carvedilol 6.25 mg/tab 1*2 po pc 17 กรกฎาคม 2566 - Folic acid 5 mg /tab 1*1po pc - Bromhexine 8 mg/tab1*3po pc 17 กรกฎาคม 2566 - Folic acid 5 mg /tab 1*1po pc - Bromhexine 8 mg/tab1*3po pc - Omeprazole 20 mg /tab1*2 po pc - Warfarin 2 mg/tab 1/2*po hs - Roxithromycin150 mg/tab1*2po ac

วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ค่า PT 32.6 INR 2.83 ปกติ การทำงานของไตปกติ ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอแห้ง มีหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน รายที่ 2 มีค่า CBC wbc 13.67 (10*3/microliter) Mono 9% แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ค่า PT 104.7 INR 9.10 ค่าที่สูงในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin แสดงว่ามีเลือดออกตามร่างกาย ได้ง่าย

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล จากแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอนสามารถนำข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลได้ดังนี้

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ[7] **ข้อมูลสนับสนุน** S =เหนื่อยหายใจลำบากนอนราบไม่ค่อยได้ O=เท้าทั้ง2ข้างบวม +1 = CXR พบ Cardiomegaly and Cephalization = PE มีเสียง wheezing BL = T36.5 ^{O}C P 78 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ R 24 ครั้ง/นาที BP 118/60 mmHg pSO_2 96% **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย **กิจกรรมการพยาบาล**	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพใน การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด ลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วยบ่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยเพลีย ไอมีเสมหะ เป็นบางครั้ง O = RR 24 ครั้ง/นาที SpO_2 96% = PE wheezing Both Lung CXR Rt lung infiltration = WBC 13.67 (10*3/microliter) และ Monocyte 9% **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล**

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น นอนราบไม่ได้ และสังเกตอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงปอด เช่น Crepitation, Wheezing 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนในท่าหัวสูง 30- 45 องศา และได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ On O_2 Mask $\overline{C}$ bag 10 LPM 3. แนะนำจำกัดน้ำ <800ml/day ตามแผนการรักษา และจำกัด โซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม 4. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระดับต่ำกว่าขอบเตียง และบันทึกลักษณะสี จำนวน ปัสสาวะที่ออกมา 5. บันทึกน้ำเข้า น้ำออกและชั่งน้ำหนัก ทุกวันตอนเช้า 6. ให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide (20) 2Amp iv Stat และสังเกตอาการข้างเคียงของยา มีอาการมือสั่น ปากแห้ง หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ แจ้งแพทย์ ทันที 7. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาคำสั่งแพทย์ 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับบ้านสังเกตอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ไอ นอนราบไม่ได้ สังเกตอาการบวม ที่แขน หรือขา กดบุ๋ม ให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด **การประเมินผล** บันทึก I/O น้ำออกมากกว่าน้ำเข้า อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยหายใจสะดวกดี ไม่มีภาวะ Cyanosis	1. ประเมินภาวะ พร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลัการะการซีด มีอาการกระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที 2. วัดและติดตามสัญญาณชีพ วัดระดับ O_2 Sat ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับ ความรู้สึกตัว และติดตาม ภาวะพร่องออกซิเจน 3. ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนให้เพียงพอ โดยให้ On O_2 canular 3LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับยา Berodual พ่นครั้งละ 1 NB พ่น ทุก 6 ชั่วโมง ทำให้หลอดลมขยายตัว หายใจได้ดีขึ้น 6. ดูแลให้ได้ยาละลายเสมหะ Bromhexine 8 mg/tab 1 tab oral 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า - กลางวัน – เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นร่วม ด้วย ให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกมาง่ายขึ้น 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะCeftriaxone 2 กรัม ทางหลอด เลือดดำ วันละ1 ครั้ง ตามแผนการรักษาและสังเกต อาการข้างเคียงของยา หากมีผดผื่นขึ้นตข้างเคียงของ ยา หากมีผดผื่นขึ้นตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวม ปากบวม ลิ้นบวม แจ้งแพทย์ 8. ดูแลให้รับการพักผ่อนเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างเพื่อลดการใช้ออกซิเจน **การประเมินผล** ผู้ป่วยรูสึกตัว ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไอลดลง นอนหลับพักได้ หายใจสะดวกขึ้น ไม่เหนื่อยเพลีย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสียงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากPotassium ในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยง่าย ปลูกผัก เสียเหงื่อมาก O= ค่า K 3.07 ต่ำกว่าเกณฑ์ (3.5-5.5 mmo/l) = รับประทานยา Furosemide 40 mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า– เที่ยง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกินภาวะพลัดตกหกล้ม **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้ รับยา M potassium Citrate (แบ่งจ่าย) 0.99/15 ml, 30 ml/ขวด รับบประทาน 30 ซีซี ทุก 3 ชม x 2 dose และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง รู้สึกสับสน ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน รีบแจ้งแพทย์ทันที 2. ประเมินอาการของภาวะ hypokalemia เช่น อาการเหนื่อยล้าง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ 3. ดูแลและประสานโภชนาการ เตรียมอาหารเบาหวานที่มี Potassium สูงให้ผู้ป่วยได้รับประทาน เช่น กล้วย ส้ม เห็ด ถั่วต่างๆ มันฝรั่ง 4. บันทึก I/O ทุก 8 ชม เพื่อติดตามการสูญเสียPotassium 5. วัดติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชม พร้อมบันทึก	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** เสี่ยงเกิดอันตรายเลือดออกง่ายจากการรับประทานยา Warfarin ไม่ถูกต้อง[8] **ข้อมูลสนับสนุน** S= ผู้ป่วยให้ประวัติมีจุดจ้ำเลือด ตามแขนขา ประมาณ 10 จุด เหนื่อยเพลีย เป็นมา 1 สัปดาห์ = ญาติให้ประวัติผู้ป่วยจัดยากินเองและมีการหลงลืม กินยาไม่ถูกต้อง O= ผล INR 9.10 วันที่ 14 ก.ค. 2566 **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. ประเมินและเฝ้าระวัง การขับถ่าย มีถ่ายดำ มีเลือดปน เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็น เลือด และจุดจ้ำเลือดเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ให้ทราบทันที 3. ดูแลให้ได้รับยา vitamin K1 (10) มก ทางปากทันที และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 4. ดูแลให้ได้รับยา Omeprazole 20mg /tab 1 tab oral 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น เพื่อลดการหลั่งกรดเกลือในกระเพาะอาหาร 5. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด งดอาหารรสเผ็ด ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
6. แนะนำญาติดูแลใกล้ชิด ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ลุก นั่ง เดิน ให้มีญาติ หรือคนดูแล 7. ดูแลจัดให้มีไม้กันเตียงขณะอยู่บนเตียง ป้องกันการพลัด ตกหกล้ม 8. ติดตามค่า Electrolyte **การประเมินผล** ไม่มีอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ไม่มีอาการ Hypokalemia เช่น อาการเหนื่อยล้าง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น รับประทานได้ปกติ	6. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เมื่อแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยา ให้ญาติผู้ดูแลทำสัญลักษณ์บนซองยาให้เด่นชัด และมี การส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ดูแล เมื่อมีการเปลี่ยนขนาด ยาให้ทิ้งซองยาเดิม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหลงลืมหยิบยามากิน 7. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้หยุด การให้ยา Warfarin 3 วัน และให้ยา Warfarin (2) มก ครึ่งเม็ดในวันที่ 4 (17 ก.ค. 2566) และติดตาม ติดตาม ค่า INR วันละครั้ง และติดตามอาการขับถ่าย ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกเพิ่ม ขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่า INR.80 (17 ก.ค.2566)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายจากการรับประทานยา Warfarin **ข้อมูลสนับสนุน** S= ผู้ป่วยกินลวกผักสีเขียวแอบกิน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ = ได้รับยา Anti-coagulant (Warfarin) 17 มก./สัปดาห์ = ผู้ป่วยบอกอาการปวดที่ขาซ้าย เป็นๆ หายๆ O= แบบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วย ได้ 28 คะแนน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองปานกลาง **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดอันตรายจากการได้รับยา Warfarin **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญานชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม. 2. ประเมินและเฝ้าระวัง การขับถ่าย มีถ่ายดำ มีเลือดปน เลือดกำเดาและจุดจ้ำเลือดเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ ลิ่มเลือดอุดตัน อาการปวดศีรษะเฉียบพลัน หรือเวียนศีรษะ หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว เห็นแขนขาบวม หน้ามืด หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก พูดลำบาก และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 4. ลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเลือดออกโดยยกราวกั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการตกเตียง 5. แนะนำการรับประทานอาหาร ประเภท อาหารผักที่มีผลในการเสริมฤทธิ์ น้อยถึงปากกลาง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา ฟักทองพืชประเภทฟักสามารถรับประทานได้ 6. ดูแลให้ได้รับยา Warfarin3 mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด สัปดาห์ละ1 ครั้ง ก่อนนอนเฉพาะวันอาทิตย์ Warfarin 2mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน 7. ติดตาม ค่า INR **การประเมินผล** ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติบอกการกินยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** ไม่สุขสบายจากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ[9] **ข้อมูลสนับสนุน** S = มีไข้ ขับถ่ายปัสสาวะมีอาการแสบขัด ไม่ค่อยพุ่ง O= ผู้ป่วยเป็น BPH รักษา ต่อเนื่องมา 1 ปี = T 38.1 ^{O}C P 90 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที, BP 121/60 mmHg O_2 sat 96% = UA (14 ก.ค.2566) ผล wbc 30-50 cell/ Bacteria = 3^{+}, Cr (14 ก.ค. 2566) = 1.98 **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นไม่มีภาวะติดเชื้อ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญานชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ1 ครั้ง ตามแผนการรักษา 3. พยาบาล ประเมินอาการ ภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนัง แห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ/วิงเวียนศีรษะ รายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ประเมินภาวะน้ำเกิน 6. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาด 7. แนะนำผู้ป่วย สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ ถ้า พบสีขุ่น มีหนอง มีเลือดปน ให้แจ้งเจ้าหน้าทีมรักษา 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการกินยา Doxazosin mesylate (2) ให้ต่อเนื่อง 9. ติดตามค่าเลือด INR ค่าเลือด การทำงานของไต Cr และผลการตรวจปัสสาวะ **การประเมินผล** สุขสบายขึ้น ไม่มีไข้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน กินอาหารได้ สดชื่นขึ้น ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ ปัสสาวะสีเหลืองใส สะดวกดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีโรคร่วมหลายโรค(10) **ข้อมูลสนับสนุน** S =วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย มา รพ. 2 ครั้ง/เดือน O= สีหน้าเครียด กังวล **วัตถุประสงค์**	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่4** มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วย บอกใส่ฟันปลอม เป็นสมณะ O=ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 36.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 14.25 kg/m2 ต่ำกว่าเกณฑ์

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องกินยาต่อเนื่อง 2. แนะนำการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหาร มัน ทอด อาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ผงปรุงรส ซอสปรุงรส 3. ให้ความรู้ว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หัวใจ ควรจำกัดน้ำดื่ม 800 ซีซี/วัน จะทำให้ไม่มีภาวะน้ำท่วมปวด ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น 4. ให้คำแนะนำ เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจติดตามอาการ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ 5 . แนะนำการมีกิจกรรม ร่วมกับลูกหลาน เช่น ดูโทรทัศน์ กินข้าวร่วมกัน เพื่อผ่อนคลายลดความเครียด 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามให้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความเครียด 7. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพ อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู 8. แนะนำการใช้บริการปรึกษาแพทย์ทางไกล เพื่อลดค่าใช้จ่ายการเดินทางโดยต้องมีโทรศัพท์ Smart phone และมีสัญญาณ Internet ในการติดต่อสื่อสาร **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669	= ผิวหนังแห้ง ผิวหนังไม่ชุ่มชื้น **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินค่าดัชนีมวลกายเพื่อให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องโภชนาการ 2. ประเมินอาหารที่รับประทานทั้งปริมาณและคุณภาพรวมทั้งคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับจากอาหารในแต่ละวัน 3. ให้ความรู้ในเรื่องสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับและได้รับอาหารครบทั้งห้าหมู่และมีพลังงานทีควรได้รับในแต่ละวันคือ 1800 กิโลแคลอรี 4. แนะนำผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้เพื่อให้เคี้ยวอาหารช้าๆด้วยฟันทั้งสองข้างพร้อมกัน 5. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารให้ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ที่มีโปรตีนสูง เช่นข้าวต้มเนื้อปลา ข้าวต้มหมูบดครบ 3 มื้อ 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติว่าพระสงฆ์อาพาธสามารถรับประทานอาหาร เป็นวันละ 5-6 มื้อ ได้ไม่ผิดธรรมวินัย 7. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร **การประเมินผล** BMI 14.25 kg/m2 เท่าเดิม ผิวหนัง แห้ง แต่ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ปัญหาข้อนี้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นสำคัญ ภาวะพร่องโภชนาการ การประเมินผลติดตามต้องใช้ระยะเวลานาน ถึงจะเห็นความเปลี่ยนแปลง
	วินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5 มีภาวะเสียงต่อการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วย บอกเหนื่อย อ่อนเพลีย ปัสสาวะขัดไม่พุ่ง O= BUN 29.4 mg/dl Cr 1.98 mg/dl eGFR 29.5 ml/min (14 ก.ค.2566) = ผิวหนังแห้ง ผิวหนังไม่ชุ่มชื้น **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. พยาบาล ประเมินอาการ ภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้งกระหายน้ำ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ/วิงเวียนศีรษะ รายงานแพทย์ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีน โปแทสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่ว หลีกเลี่ยงการรับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทาน 5. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ประเมินภาวะน้ำเกิน 6. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาด

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	7. แนะนำผู้ป่วย สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ ถ้า พบสีขุ่น มีหนอง มีเลือดปน ให้แจ้งเจ้าหน้าทีมรักษา 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการกินยา Doxazosin mesylate (2) ให้ต่อเนื่อง 9. ติดตามการทำงานของไต Cr และผลการตรวจปัสสาวะ **ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ปัสสาวะสะดวกดี Cr 1.78 mg/dl eGFR 33.33 ml/min (17 ก.ค.2566)
	วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีโรคร่วมหลายโรค[10] **ข้อมูลสนับสนุน** S= เป็นพระภิกษุ อยู่วัด จัดยากินเอง และมีการหลงลืม = ญาติและผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวล O=เป็นผู้สูงอายุ อายุ 87 ปี ตามองไม่ค่อยเห็น หูตึง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการ ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล**

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669 ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669 ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

ตาราง 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวทางการพยาบาลที่รูปแบบการพยาบาลภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinที่คล้ายกัน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกง่าย จากการรับประทานยา รายที่ 1 มีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีภาวะน้ำเกินหัวใจลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ รายที่ 2 เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง ทั้ง 2 ราย เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยความซับซ้อน

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่การประเมินสุขภาพ ตามแบบแผนประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการรักษา ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา เข้าใจโรคที่ตนเองเป็นอยู่และการปฏิบัติตัว

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบนการพยาบาล ในการดูแลตั้งแต่การประเมินสุขภาพ ตามแบบแผนประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการรักษา ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและความต่างขึ้นอยู่กับปัญหา และภาวะแทรก-ซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกันกับสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิต ได้เหมาะสม

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน รายที่ 1 มาด้วยเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว AF มีประวัติเป็น MS ไม่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ รายที่ 2 มาด้วย ไข้ อ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก มีจุดจ้ำเลือด มีจุดจ้ำเลือด ตามแขนขา ประมาณ 10 จุด ปัสสาวะไม่ค่อยได้ ขณะขับถ่ายปัสสาวะมีอาการแสบขัด ไม่ค่อยพุ่ง ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว AF มีโรคร่วม Ischemic cardiomyopathy ผู้ป่วยปฏิเสธการการทำ CAG ทั้ง 2 ราย ต้องได้รับยา Anti - coagulant ชนิด Warfarin มีขนาดยาต่างกัน จากภาวะโรคร่วมและการรับประทานยาต่างกัน แต่ทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย พฤติกรรมดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม ในรายที่ 2 มีความบกพร่องการได้ยิน การมองเห็น มีความเสี่ยงการกินยา Warfarin ไม่ถูกต้องเกิดภาวะเลือดออก

สรุปและ อภิปรายผล

ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว เป็นภาวะหัวใจห้องบนเกิดการสั่นพริ้วและส่งสัญญาณมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ หลักการดูแลรักษาของผู้ป่วย หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ประกอบไปด้วย ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะทั้งขณะพักและขณะออกกำลัง

กายการดูแลป้องภาวะลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันในอวัยวะสำคัญส่วนอื่นของร่างกาย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตราย ซึ่งแพทย์ มักจะให้ยา Warfarin ป้องกันการกระจายของลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง หัวใจ และปอด เพื่อ ควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ ในระยะยาวจากการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า สาเหตุ การเกิด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว กรณีศึกษา 2 รายขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด อาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อการใช้ยา Warfarin กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ราย มีภาวะพึ่งพิง หากผู้ดูแลมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รับประทานยา Warfarin เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง การรับประทานยาถูกขนาดก็จะสามารถอยู่กับโรคได้ อย่างปกติสุข[7] ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใช้เป็นแนวทาง ในการนำมาพัฒนาระบบบริการ ได้ทุกกลุ่มโรคที่รับยา Warfarin พยาบาลซักประวัติโดยใช้แบบติดตามพฤติกรรม สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม สะท้อนคุณภาพทางการพยาบาลที่ดีขึ้น[8] พัฒนาศักยภาพของบุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เป็นข้อมูลในการช่วยตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาWarfarin และเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้ากับบุคคลที่สนใจ[9] เป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคหัวใจ ชนิดหัวใจสั่นพลิ้ว และมีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจชนิด RHD, MS และโรคอื่นๆ ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน และภาวะไตเสื่อม ที่เป็นกรณีศึกษา[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้แบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ทุกกลุ่มโรคที่มารับบริการคลินิก

2. เพิ่มศักยภาพ พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทั้งอบรมระยะสั้น และการอบรมพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยา Warfarin เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาคุณภาพการบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสนับสนุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,(2562). อาการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สืบค้น วันที่ 1 ก.ค. 2566 https://www.thai health.or.th/อาการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/
2. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน. สืบค้นวันที่ 14 ก.ค.66, จาก http://www.thaiheart.org/index.php?lay=show&ac=article&Id=539252670&Ntype
3. . การใช้ยาวาร์ฟารินสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ. สืบค้นวันที่ 29 มิ.ย.66, จาก https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/warfarin
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .(2563). แนวทางการจัดการด้านยาใน Service Plan สาขาโรคหัวใจและสาขาโรคไต. สมุทรสาคร : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
5. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสีชมพู.(2565) ขอนแก่น ข้อมูลผู้ป่วยรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน เอกสารคัดสำเนา โรงพยาบาลสีชมพู
6. เกษราภรณ์ จันดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจสั่นพลิ้ว ที่รับประทานยาวาร์ฟารินในคลินิก :กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม , 4 (8) 244-265
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ครั้งที่11. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. วันเพ็ญ มูลอินต๊ะ. (2562). การพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลพระเยา. เชียงรายเวชสาร, 11(2), 1-8
9. ยมนา ชนะนิล, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีต่อมลูกหมากโต.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(2) 11-23
10. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม. สืบค้นวันที่ 29 มิ.ย.66 ,จาก https://www.gotoknow.org/posts/115427

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Acute Myocardial Infarction : 2 cases.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

สมหมาย โคตรสีเขียว[1]
Sommai Khotseekhieo[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 รายที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฮี โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองฮี วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 3 สิงหาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 57 ปีก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาทีหลังดื่มสุรากับเพื่อนมีอาการแน่นหน้าอกกลางอกคล้ายถูกบีบร้าวไปที่กระดูกสะบักข้างหลัง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ใจสั่น วิงเวียน ลุกยืนแล้วอาการไม่ดีขึ้น ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Fast Track STEMI) แรกรับแพทย์วินิจฉัย Anterior wall myocardial infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มี Door to EKG 2 นาที Onset to door 30 นาที Door to needle time 57 นาทีดูแลตามแผนการพยาบาล 4 แผน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 62 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาทีมีอาการจุกแน่นตรงกลางอกร้าวไปที่คอ เหงื่อออก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อยเป็นหลังจากตื่นนอน มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Fast Track STEMI) แรกรับแพทย์วินิจฉัย Inferior wall myocardial infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มี Door to EKG 9 นาที Onset to door 20 นาที Door to needle time 36 นาทีให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 4 แผนผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม Guideline และส่งต่อไปทำ CAG ตามระบบช่องทางด่วนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การพยาบาล

Abstract

This case study aimed to study and compare the disease progression, treatment, and nursing care of 2 patients with acute myocardial infarction who came to the emergency room of Nonghee Hospital. The study was conducted in case study 1 who came to the emergency room of Nonghee Hospital on May 13, 2024, and in case study 2 on August 3, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records using the concept of patient health assessment according to Gordon's 11 health models and determining nursing diagnoses together with the concept of nursing process to apply in nursing patients. This case study compared 2 patients with acute myocardial infarction. The first case study patient who received services in the emergency room of Nong Hi Hospital on May 13, 2024, and the second case study patient on August 3, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The concept of patient health assessment according to Gordon's 11 health models was applied, along with nursing diagnosis and nursing process concepts**.**

Main findings : The first case study patient,A thai female 57 years, came to the hospital 30 minutes after drinking alcohol with a friend. She had chest tightness in the middle of her chest, similar to a squeezing of the shoulder blade behind her. Had cold sweats, dizziness, and symptoms did not improve after standing. Received treatment by Fast Track STEMI. Initially diagnosed with anterior wall myocardial infarction. Received treatment with blood

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฮี

thinners (Streptokinase). No complications. Door to EKG for 2 minutes. Onset to door for 30 minutes. Door to needle time for 57 minutes. Cared for according to 4 nursing plans. Case study 2, A thai male 62 years, had a feeling of tightness in the middle of the chest radiating to the neck for 20 minutes before coming to the hospital. Sweating, palpitations, shortness of breath, and breathlessness after waking up. Had a history of high blood pressure and high cholesterol. Received treatment by Fast Track STEMI. Initially diagnosed with inferior wall myocardial infarction. Received treatment with blood thinners. (Streptokinase) No complications, Door to EKG 9 minutes, Onset to door 20 minutes, Door to needle time 36 minutes, nursing care according to 4 treatment plans, both patients received treatment according to the Guideline and were sent to do CAG according to the express channel system at Roi Et Hospital.

Keywords : Acute myocardial infarction : Nursing

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้นที่สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 17.9 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน ในปี 2566 พบมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 แสนราย เสียชีวิต 3 หมื่นราย ในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 707,709 รายเสียชีวิต 41,689 ราย คิดเป็น 5.89 ต่อแสนประชากร[1]เป้าหมายหลักของการรักษาในระยะแรก คือ การให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่โดยเร็วที่สุด ดังนั้นการประเมินลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญและสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีได้คือ การลดความล่าช้าในการรักษาและลดระยะเวลาการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยรวม ตั้งแต่เริ่มมีอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมายังห้องฉุกเฉิน การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเป็นกลไกสำคัญในการสร้างคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการประเมิน รักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐาน มีคุณภาพประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเสียชีวิตและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F 3 มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 78 กิโลเมตรมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปี 2565-2567 ที่มารับบริการ จำนวน 7,6,3 ราย[2] มีระบบบริการช่องทางด่วนให้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้รวดเร็วยิ่งขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการคัดกรองและประเมินอาการอย่างถูกต้อง รวดเร็วจะช่วยนำไปสู่การรักษาและให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงระหว่างส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลนี้จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการแปลผล EKG การบริหารยา การประสานงานที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล เพื่อเป็น

แนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหนองฮี ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 รายที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองฮี ระยะเวลาที่ดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2567- สิงหาคม 2567

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและการพยาบาลขณะส่งต่อ

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันของผู้ป่วย 2 ราย คือ เพศและอายุ ซึ่งพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายพบร้อยละ 3.0 เพศหญิงพบร้อยละ 2.8 และพบมากในผู้สูงอายุเนื่องจากเสื่อมถอยของร่างกาย[3] และพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลแน่นหน้าอกกลางอกร้าวไปที่กระดูกสะบัก เหงื่อแตก ตัวเย็น ใจสั่น วิงเวียนเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ชัดเจนของโรค STEMI ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลหายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย จุกแน่นตรงกลางอกเจ็บร้าวไปที่คอ เหงื่อออก ใจสั่นเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาที ประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาเป็นประจำ แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค STEMI และเข้าระบบ Fast Track STEMI ข้อมูลการตรวจร่างกายพบผลการตรวจ EKG ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 EKG =แรกรับ serial Dynamic ST elevation V2-V6 ในกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบริเวณ anterior wallประเภทนี้มักเกิดขึ้นเมื่อมีการอุดตันในหลอดเลือดแดง LAD (Anterior Descending Artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงที่ใหญ่ที่สุดที่ส่งเลือดไปยัง

ด้านหน้าของหัวใจ เนื่องจาก LAD มีขนาดใหญ่และส่งเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจจำนวนมาก การเกิดอาการหัวใจวายที่บริเวณนี้จึงส่งผลเสียมากกว่า ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบผลตรวจ EKG =ST elevation II,III aVF ,STD V5-V6 เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจด้านขวา (RCA) ซึ่งส่งเลือดไปยังด้านล่างของหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจด้านซ้าย (LCX) ซึ่งส่งเลือดไปยังผนังด้านข้างของหัวใจ RCA และ LCXมักมีขนาดเล็กกว่า LAD และส่งเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจน้อยกว่า ดังนั้น STEMI inferior wall จึงรุนแรงน้อยกว่า STEMI Anterior wall[4]

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจ complete blood count พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ ดังนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบ WBC/RBC/Lymphocyte สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรงซึ่งพบได้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบจากภาวการณ์ขาดน้ำซึ่งมีตัวเย็น เหงื่อออกพบ MCV/MCH/MCHCและ Neutrophil ต่ำกว่าปกติบ่งชี้ว่าฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงมีความเข้มข้นน้อย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบผิดปกติหลายตัว เช่น มีระดับ MCHC/MPV/Neutrophil ต่ำกว่าปกติ เป็นผลจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเกล็ดเลือดต่ำจากภาวะเลือดออกในร่างกายและระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงต่ำ และพบ WBC/Lymphocyte สูงกว่าปกติจะพบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดการอักเสบขึ้นในร่างกาย ส่วนผลการตรวจ blood chemistry ที่พบผิดปกติเหมือนกัน ได้แก่

-ค่า eGFR ต่ำกว่าปกติบ่งชี้ถึงภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างช้า ๆ หรือประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไตภาวะไตเริ่มผิดปกติในระดับรุนแรงประสิทธิภาพการทำงานลดลงอย่างเริ่มเห็นได้ชัดอาจต้องตรวจเลือดและปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการทุก 3-6 เดือน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1พบ CKD Stage 2 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตพบ CKD Stage 3 A

-ค่า DTX สูงกว่าปกติ เนื่องด้วยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พึ่งดื่มสุรา และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ดื่มน้ำหวานก่อนมาโรงพยาบาล

-ค่า Creatinine ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบสูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะไตเสื่อมจากโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

-ค่า Cl ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 สูงกว่าปกติ ภาวะคลอไรด์ในเลือดสูง (Hyperchloremia) มักมีสาเหตุจากภาวะเลือดเป็นกรดจากโรคต่างๆ เช่นโรคไต โดยที่คลอไรด์ในเลือดสูงมักไม่ค่อยก่ออาการแต่อาการที่พบได้เช่น อ่อนเพลียและกระหายน้ำ

-ค่า CO2 ต่ำกว่าปกติพบในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 บ่งชี้ถึงอาการหายใจหอบเหนื่อยและมีโรคไตกับโรคหัวใจร่วมด้วย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	-การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพแข็งแรง การดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก	-การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นมา 10 ปี รับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาดยา
	อสม.,รพ.สต.และ รพช.ใกล้บ้าน แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้เช่นการดื่มสุรา -ขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าตนเองแน่นหน้าอก ใจสั่น คิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะรุนแรง -ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในขณะเจ็บป่วยด้วยโรค STEMI	และมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยตั้งใจดูแลสุขภาพได้ดีตามคำแนะนำ แต่สามารถปฏิบัติได้บ้างปานกลาง เช่นการควบคุมความดันโลหิต,การรับประทานของมัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
		-ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในขณะเจ็บป่วยด้วยโรค STEMI
แบบแผนสุขภาพที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	-โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้าน ชอบดื่มสุราวันละ 2-3 แก้ว น้ำหนัก 58 กิโลกรัมส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 23.233	-โดยปกติรับประทานอาหารได้ทุกชนิดชอบอาหารไทยหวานมันรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาดื่มสุราเป็นครั้งคราว น้ำหนัก 58 กิโลกรัมส่วนสูง 173 เซนติเมตร BMI 19.379
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	-ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวันไม่เคยท้องผูก,ปัสสาวะปกติ	-ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวันมีปัญหาท้องผูกแต่ไม่บ่อย,ปัสสาวะปกติ
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	-ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองเดินเล่นรอบๆบ้านยามว่างชอบไปเล่นกับเพื่อนบ้านพูดคุยกัน	-ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ทำงานบ้านและทำสวนเช่น ปลูกต้นไม้ เกี่ยวหญ้า ทำงานระยะเวลาสั้นๆเพราะเหนื่อยง่าย
แบบแผนสุขภาพที่ 5การพักผ่อนนอนหลับ	-ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น.ไม่ได้นอนกลางวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ	-โดยปกตินอนคืนละ 6-7 ชั่วโมงและนอนกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง ไม่เคยใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	-ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองได้ และประเมินความเจ็บปวดได้ อ่านออกเขียนได้แต่ช้าจึงให้สามีลงลายมือชื่อในการให้ยาละลายลิ่มเลือดแทน pain score 8/10	-ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ประวัติการเจ็บป่วยได้ ท่าทางง่วนนอน ต้องกระตุ้นการพูด และสื่อสารอ่านออกเขียนได้ลงลายมือชื่อในการให้ยาละลายลิ่มเลือดด้วยตัวเอง pain score 4/10
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	-มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยรู้สึกว่ารุนแรงแต่มีความหวังว่าจะหายและกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	-ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครั้งนี้ยังเข้าใจ ว่าเป็นโรคประจำตัวที่ตนเองรับยา ประจำ ถามซ้ำๆด้วยคำถามเดิมเช่น โรคหัวใจอะไร เกิดจากอะไร จะไปรักษาที่ไหน สีหน้ามีความวิตกกังวลพูดน้อยลงหลับตาตลอดเวลาส่ายหน้าไปมาขณะให้ข้อมูล
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพในครอบครัว	-อาศัยอยู่กับสามีมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี มีทะเลาะกันบ้างเล็กน้อยผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน	-เป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่กับภรรยา บุตรหลาน มีบุตรสาว 2 คน ทำงานที่กรุงเทพฯ ส่งเงินมาให้เป็นประจำทุกเดือน ทุกคนรักใคร่กันดี ห่วงใยผู้ป่วย บุตรสาวโทรมาถามอาการเป็นระยะ
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	-ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	-ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	-ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาสามีเวลาเครียดชอบดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆ -วิตกกังวลและเครียดกลัวว่าจะรักษาไม่หายคะแนนวิตกกังวล 9 คะแนน -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	-ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวพยายามพึ่งตนเองเกรงจะเป็นภาระภรรยามีปัญหาจะระบายให้ภรรยารับฟัง -เครียดกับอาการเจ็บป่วยคะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต
แบบแผนสุขภาพที่ 11คุณค่าและความเชื่อ	-มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตลอด	-มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[5] 11 แบบแผนได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพเหมือนกัน มีจำนวน 4 แบบแผน (แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง,แบบแผนที่

6 สติปัญญาและการรับรู้,แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์,แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด) พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยจึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 4 ข้อดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากการอุดตันที่หลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน -เจ็บแน่นกลางอกร้าวไปที่สะบัก Pain score 8/10 -เหงื่อออก ตัวเย็น -ผล EKG=STEV2-V6 วัตถุประสงค์ -เพื่อให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยทุเลาลง เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 3.Pain score ลดลงหรือเท่ากับ 0 การประเมินผล สีหน้าผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่มีอาการกระสับกระส่ายอาการเจ็บหน้าอกลดลงเหลือ pain score 3/10 สัญญาณชีพ T=36°C ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/63 mmHg O2 sat 98%	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากการอุดตันที่หลอดเลือดหัวใจ** ข้อมูลสนับสนุน -จุกแน่นกลางอกร้าวไปที่คอ Pain score 4/10 -เหงื่อแตกใจสั่นหายใจไม่อิ่มหอบเหนื่อย -ผล EKG=STelevation II,III aVF ,STD V5-V6 วัตถุประสงค์ -เพื่อให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยทุเลาลง เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 3.Pain score ลดลงหรือเท่ากับ 0 การประเมินผล สีหน้าผู้ป่วยสดชื่น อาการเจ็บหน้าอกลดลงเหลือ pain score 2/10 สัญญาณชีพ T=36°C ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/60 mmHg O2 sat 100%	กิจกรรมการพยาบาล 1.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศากึ่งนั่งกึ่งนอนเพื่อให้นอนพักได้อย่างเต็มที่ 2.ดูแลการได้รับยา ASA (300mg) 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน/Clopidogrel (75mg) 4 tab oral /Isordil (5 mg) 1tab SLเพื่อลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดที่ก่อให้เกิดเป็นลิ่มเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงพร้อมทั้งบันทึกการตอบสนองของยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นเช่น ปวดท้องรุนแรง หน้ามืด 3.สังเกตอาการเจ็บหน้าอกและติดตามประเมินอาการเจ็บหน้าอกพร้อมทั้งบันทึกลักษณะระยะเวลาและระดับความรุนแรงโดยใช้ Pain score หรือสังเกตอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยปวดและไม่สุขสบายเช่น กระสับกระส่าย มีเหงื่อแตก มีสีหน้านิ่วคิ้วขมวด เป็นต้น 4.ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก 5.ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาทีจนครบระยะเวลาของการให้ยา 1 ชั่วโมงหลังจากนั้นประเมินทุก 15 นาทีและขณะส่งต่อบนรถพยาบาลจนถึงส่งมอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 6.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจจากสาเหตุต่างๆเช่น เสมหะอุดกั้น ท่อช่วยหายใจหัก พับงอ แรงดันออกซิเจนไม่เพียงพอโดยรักษาระดับ O2 sat >95% ผู้ป่วยได้รับ O2 canular 3 LPM
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ข้อมูลสนับสนุน -เจ็บแน่นกลางอกร้าวไปที่สะบัก Pain score 8/10 -เหงื่อออกตัวเย็นเป็นก่อนมารพ 30 นาที -ผล EKG=STEV2-V6 วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่หอบเหนื่อย	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการขาดเลือดไปเลี้ยง** ข้อมูลสนับสนุน -จุกแน่นกลางอกร้าวไปที่คอ Pain score 4/10 -เหงื่อแตก ใจสั่น หายใจไม่อิ่มหอบเหนื่อยเป็นก่อนมารพ 20 นาที -ผล EKG=STelevation II,III aVF ,STD V5-V6 วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่หอบเหนื่อย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ Cardiac output ซึ่งเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอกตลอดเวลา อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปัสสาวะลดลง ความรู้สึกตัวลดลง 2. ประเมินสัญญาณชีพขณะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการและอาการแสดงของ Cardiac output เช่น ความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แคบ หายใจหอบ ไม่สบายแน่นในอก ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อการช่วยเหลือ 4. กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยมีภาวะ Ventricular fibrillations - เตรียมเครื่อง Defibrillator - ทาเจลบน Paddle ทั้ง 2 ข้าง - ปรับพลังงาน 200 Joule - เตรียม Defibrillation คุณถอย ฉันถอย ทุกคนถอย 5. กิจกรรมพยาบาลขณะผู้ป่วยไม่มีชีพจร - ปฏิบัติการ CPR 1 cycle 2 นาที - เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
3.ไม่มีอาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดบริเวณทรวงอก 4.ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac out put ลดลงเช่น ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น มี Cyanosis 5.ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง 6.ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้นไม่ซีดไม่เขียวคล้ำ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่หอบเหนื่อย O2 sat 98 % อาการเจ็บหน้าอกลดลงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Pain score 3/10 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงเช่น ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง, มีCyanosis สัญญาณชีพ T=36℃ ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/65 mmHg Urine สีเหลืองใส ปริมาณ 600 ซีซี	3.ไม่มีอาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดบริเวณทรวงอก 4.ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac out put ลดลงเช่น ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น มี Cyanosis 5.ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง 6.ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้นไม่ซีดไม่เขียวคล้ำ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่หอบเหนื่อย O2 sat 100% อาการเจ็บหน้าอกลดลง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Pain score 2/10 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงเช่น ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ,มี Cyanosis สัญญาณชีพ T=36℃ ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/60 mmHg Urine สีเหลืองใสปริมาณ 300 ซีซี	- Monitor EKG 6. เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG ในจอ monitor อย่างใกล้ชิด 7. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ O2 canular 3 LPM โดย keep O2 Saturation ≥90% เพื่อลดการทำงานของหัวใจ 8. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ Oxygen Saturation ทุก 5 นาที จนยาละลายลิ่มเลือดหมดในระยะเวลา 1 ชั่วโมง 9. ประเมินลักษณะของผิวหนังความเย็นชื้นและสีผิว คลำชีพจรส่วนปลาย สังเกตอาการปวดน่อง เนื่องจากการกำซาบเลือดของอวัยวะส่วนปลายที่ ลดลง ผิวหนังจะเย็นซีดหรือชื้น เขียวคล้ำ 10.ติดตามปริมาณของปัสสาวะอย่างน้อย 30 ซีซี/ชม. 11. จัดท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนให้ผู้ป่วย เนื่องจากการจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาความเมื่อย และรู้สึกสบาย ท่าศีรษะสูงจะลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับ เข้าสู่หัวใจ ลดภาระงานของหัวใจ และทำให้หายใจสะดวกขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK(Streptokinase) <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1.แพทย์พิจารณาให้ยาSK 1.5 mu drip 1 hr 2.ผล EKG=STEV2-V6 <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ความดันโลหิตปกติ 2.ผู้ป่วยไม่มีผื่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่หนาวสั่น ไม่มีเลือดออกผิดปกติ 3.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG arrhythmias <u>การประเมินผล</u> หลังจากผู้ป่วยได้รับยา SK ไม่พบภาวะแทรกซ้อนคือการมีเลือดออกในระบบต่างๆ EKG มี STsegment ลดลงอาการเจ็บหน้าอกลดลง 3/10 สัญญาณชีพ T=36℃ ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/65 mmHg O2 sat=98% Urine สีเหลืองใสปริมาณ 600 ซีซี	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK(Streptokinase)** <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1.แพทย์พิจารณาให้ยา SK 1.5 mu drip 1 hr 2.ผล EKG=STelevation II,III aVF ,STD V5-V6 <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ความดันโลหิตปกติ 2.ผู้ป่วยไม่มีผื่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่หนาวสั่น ไม่มีเลือดออกผิดปกติ 3.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG arrhythmias <u>การประเมินผล</u> หลังจากผู้ป่วยได้รับยา SK ไม่พบภาวะแทรกซ้อนคือการมีเลือดออกในระบบต่างๆ EKG มี STsegment ลดลง อาการเจ็บหน้าอกลดลง 2/10 สัญญาณชีพ T=36℃ ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต	<u>กิจกรรมพยาบาล</u> <u>ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด</u> 1.คัดกรองผู้ป่วยโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2.ประเมินข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล 4.ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา 5.ให้ 0.9%NSS 1,000 ml. แขนขวา 6.ใส่สายสวนปัสสาวะ 7.เตรียมรถ Emergency ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา 8.วัดสัญญาณชีพ และประเมินระบบประสาท 9.ประสานระบบส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด <u>ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด</u> 1.ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 muผสมใน 0.9% NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำแขนซ้ายผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr. 2.เฝ้าระวังและสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด 3.Monitor EKG ตั้งแต่เริ่มให้ยา Streptokinase นาทีแรกจนครบ 1 ชั่วโมง 4.ประเมิน Vital signs และ Neuro signs ประเมิน Glasco coma scoreทุก 15 นาทีเฝ้าระวัง Cardiogenic shock 5.ประเมินระดับการเจ็บหน้าอกด้วย pain score ทุก 15 นาทีถ้า> 5 คะแนนรายงานแพทย์ 6.ประเมินความกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะ 7.ดูแลให้ O2 canular 3 LPM Keep Oxygen Sat > 90% 8.เมื่อ SK ใกล้หมดเติม NSS 20 mlในสาย IV ที่drip อยู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ SK ครบ 1.5 ล้านยูนิต

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
	108/60 mmHg O2sat=100% Urine สีเหลืองใสปริมาณ 300ซีซี	หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 1.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา 2.ติดตามสัญญาณชีพและประเมินทางระบบประสาททุก 15 นาทีเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads เจาะเลือดเพื่อหาค่า Trop-T โดยในการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดนาน 5 นาที 4.สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด เช่น ผื่นแดงตามร่างกาย , มีอาการแน่นหน้าอก 5.ประเมินอาการแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น เลือดออกผิดปกติเช่น ตำแหน่งที่ใส่สายสวนปัสสาวะ(ลักษณะของสีปัสสาวะ)รอยช้ำตามตัว เป็นต้น 6.เตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการส่งต่อเพื่อการรักษา 7.เตรียม อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ บนรถพยาบาลสำหรับส่งต่อให้พร้อมสำหรับการดูแลขณะส่งไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 8.ประสานและส่งต่อข้อมูลประวัติผู้ป่วย ข้อมูลเบื้องต้นของรักษาพยาบาล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การพยาบาลขณะส่งต่อบนรถพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพ และประเมินระบบประสาท pain score ทุก 15 นาที พร้อมบันทึกข้อมูล 2.Monitor EKG ตลอดเส้นทางการเดินทาง 3.ดูแลการได้รับสารน้ำและO2canular 3 LPM 4.ดูแล mental support ผู้ป่วยเพื่อให้ผ่อนคลายลดความวิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิตเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล 2.ญาติสอบถามถึงการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยว่าจะหายมั้ย 3.ญาติขอสอบถามอาการจากแพทย์อีกครั้ง หลังจากอธิบายให้ผู้ป่วยทราบลักษณะของโรคแนวทางการรักษา 4.คะแนนวิตกกังวล 9 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เกณฑ์ในการประเมิน 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษา 2.สีหน้าคลายความวิตกกังวล การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความกังวลบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับแผนการรักษา คะแนนวิตกกังวล 5 คะแนน	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิตเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย** ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยและญาติพูดน้อย ถามคำตอบคำใบหน้าเครียด 2.ผู้ป่วยบอกให้ภรรยาโทรหาบุตรด่วน 3.ญาติสอบถามอาการจากพยาบาลและบอกบุตรสาวว่าพ่อเป็นมาก 4.คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติตัว เกณฑ์ในการประเมิน 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษา 2.สีหน้าคลายความวิตกกังวล การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความกังวลบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับแผนการรักษา คะแนนวิตกกังวล 5 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แสดงท่าทีเป็นมิตร 2.อธิบายเหตุผลวัตถุประสงค์ของการให้การรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำหัตถการต่างๆ ให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินการของโรค แผนการดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ เพื่อลดความ วิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา 3.เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วย พร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อความไว้วางใจ 4.เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเช่น การตัดสินใจในการรักษาและการตรวจพิเศษอื่นๆ 5.ให้เวลาในการรับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 6.อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 7.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ข้อจำกัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น การงด สูบบุหรี่ งดดื่มสุรา งดดื่มชากาแฟและอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและส่งเสริมการเกิดโรค งดอาหารเค็ม งดอาหารทอด อาหารไขมันสูง 8.อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล

จากตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 พบว่าเกิดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ทันท่วงทีทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและยาที่ได้รับ(SK) สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ดตามระบบบริการช่องทางด่วน(STEMI fast track)

จากผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมือนกันในเรื่องของอายุ การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่าเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีจะทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึง 2 เท่าและพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ยังมีปัจจัยเสี่ยงเช่น อ้วน ดื่มสุรา ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ส่วนอาการและอาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล แนวทางการรักษาโดยการให้ยา Antiplatelet และ Anticoagulant ยาละลายลิ่มเลือดที่เหมือนกัน แต่ส่วนที่แตกต่างกันในเรื่องการวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 Acute transmural myocardial infarction of anterior wall มีหลอดเลือดด้านซ้ายอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้าด้านซ้าย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 Acute transmural myocardial infarction of inferior wall มีหลอดเลือดด้านขวาอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่าง การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความจำเป็นเพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือ การลดหรือจำกัดกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายให้น้อยที่สุด ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกายให้เร็วที่สุดรวมทั้งส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้การให้การพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีความรู้ มีการพัฒนาการเฝ้าระวังใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราตาย

สรุปและอภิปรายผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกระทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญ คือ การประเมินคัดแยกระดับความเร่งด่วน(Triage)[6] ซึ่งการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่นำมาโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการคัดแยกเป็นความเร่งด่วนระดับ 2 (ESI 2) และอาการที่มักพบได้บ่อยคือ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นกลางอก ร้าวไปแขน คอ ไหล่ กราม อาการเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งพยาบาลที่พบเจอผู้ป่วยเหล่านี้ต้องซักประวัติประเมินอาการให้ครอบคลุม จะนำไปสู่การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็วได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Triglyceride, Cholesterol, Trop-T,PT,INR สูงกว่าปกติซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบมี ST elevation ที่ lead V2-V6 ในผู้ป่วยรายที่ 1 และพบ ST elevation II,III aVF,STD V5-V6 ในผู้ป่วยรายที่ 2 เมื่อซักประวัติได้ถึงอาการที่บ่งบอกหรือสงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EKG และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะ

วิกฤตฉุกเฉินอีกประการหนึ่งคือ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการปวด และติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์ทราบให้การช่วยเหลือทันท่วงที การพยาบาลในระยะนี้แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ความรวดเร็วและความพร้อมในการเตรียมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัยไม่มีอาการทรุดลง การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือ การพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตามEKG การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพและต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลส่งต่อต้องมีการเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อถึงแม้ระหว่างการส่งต่อก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที จากการวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยทั้ง 2 รายมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต จึงได้เฝ้าระวังการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่างๆ ดังนั้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจึงมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจการรักษาพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาจนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวัง และให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮีที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. [อินเตอร์เน็ต].2566[เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2567].เข้าถึงได้จาก http:/ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=14927&deptcode

2.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลหนองฮี. สถิติการตายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประจำปีงบประมาณ 2565-2567. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลหนองฮี;2567.

3.ถนอม นามวงศ์และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายฉียบพลันชนิดSTEMI ในผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร.วารสารวิชาการสาธารณสุข2565;31(2),260-268.

4.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563:Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์;2563.

5.Gordon M. Functional Health Patterns [Internet].Nursing Theory open access articles onarticles on nursing treories and models; 2020 [cited 2024 Mar 31].Available from: https://www.kknursingcollege.com/post_rn/notes/semester

6.อรุณี เหล่าอำนาจ.การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) กรณีศึกษาเปรียบเทียบ2ราย.[อินเตอร์เน็ต].2566.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2567].เข้าถึงได้จาก https://cphos.go.th/new-cphos/announce_details.php?anncode=Vkd4U1VrMUJQVDA9&status=active

การพัฒนาระบบการจัดการยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลท่าตูม อ. ท่าตูม จ. สุรินทร์

Development of High Alert Medication Management System in hospitalization patients Thatum Hospital, Surin Province

(Received: December 15,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 25,2024)

นิธิกานต์ สายรัตน์[1], ตุลาการ นาคพันธ์[2]
Nithikan Sairat[1], Tulakan Nakphan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลท่าตูม โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบ ระบบการจัดการยาแบบใหม่ประกอบด้วย แบบเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูงและแบบบันทึกการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์และการบริหารยา เก็บข้อมูลจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหลังพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แบบพรรณนา

ผลการวิจัยพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากคำสั่งใช้ยาเป็นระดับ B ทั้งหมด จำนวนลดลงจากเดิม 18 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเตรียมยาลดลงจากเดิม พบเป็นอุบัติการณ์ที่ระดับ B จำนวน 42 ครั้ง เหลือ 8 ครั้ง อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา พบอุบัติการณ์ที่ระดับ B 22 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง และพบอุบัติการ์ระดับ C 8 ครั้ง ลดลงเหลือ 2 ครั้ง พบว่าอุบัติการณ์ด้านยาระดับ E ขึ้นไป หรืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (serious adverse drug reaction: serious ADR) ไม่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา, ยาเสี่ยงสูง, อุบัติการณ์ด้านยา, อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา

Abstract

This research is an action research that aims to develop and evaluate the high-risk medication management system of Thatum Hospital by using the multidisciplinary participation process to jointly design a new medication management system. The new interventions consist of a high-risk medication monitoring form and a record form for reviewing physician orders and medication administration. Data were collected from the incidence of medication errors that occurred after the system was developed between November 1-30, 2024. Descriptive analysis was used for data analysis.

The research results found that the incidence of prescribing errors was all level B, decreasing from the original 18 times to 3 times. The incidence of medication preparation errors decreased from the original 42 incidents at level B to 8 times. The incidence of medication dispensing errors Incidences at level B were found 22 times, reduced to 3 times, and incidences at level C were found 8 times, reduced to 2 times. It was found that the incidences of drugs at level E and above or serious adverse drug reactions (serious ADR) did not occur.

Keywords: Medication errors, High-risk medications, Medication incidence, Adverse drug reaction

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลแล้วยังเป็นสาเหตุให้ประชาชนในสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตมากกว่า 7,000 คน ข้อผิดพลาดแต่ละครั้งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายประมาณ 2,000-8,750 เหรียญสหรัฐ เป็นไปตามการรายงานของ The Joint

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตรจารย์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Commission กล่าวว่ายาที่มีความเสี่ยงสูงมักมีความเกี่ยวข้องกับอันตราย ซึ่งอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นมักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายร้ายแรงและถึงแก่ชีวิต เช่นเดียวกับ The Institute for Safe Medication Practices (ISMP) กล่าวว่าการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง(High-alert medication) ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้ป่วยหากใช้ผิด1 ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง หรือยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs) คือ ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูงอาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน[7]

ความคลาดเคลื่อนทางยานับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในระบบยาและมีความเหมาะสมมากสำหรับใช้ในการประเมินด้านโครงสร้าง (structure indicators) ของการจัดบริการของระบบสุขภาพ ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยานี้สามารถสะท้อนถึงความเชื่อมโยงของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล บทบาทการนำของทีมระดับองค์กรหรือระดับหน่วยงานที่ชัดเจน[5] การจัดการปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มนี้ต้องระมัดระวังและใช้กระบวนการในการทำงานที่มากขึ้น รวมถึงมีระบบการเฝ้าระวังที่แตกต่างจากการบริหารยาทั่วไป เพราะหากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลและการสิ้นเปลืองงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นได้[2,4]

โรงพยาบาลท่าตูมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 140 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอท่าตูมและใกล้เคียงมีจำนวนผู้ป่วยใน ในปี 2566, 2567 จำนวน 3,567, 3,875 คน ตามลำดับ จากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามีอุบัติการณ์ด้านยาทั้งสิ้น 1,987 และ 2,554 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปหรือพบอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง (serious adverse drug reaction: serious ADR) จำนวน 6 เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง จากการทบทวนจากอุบัติการณ์พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่ดำเนินการมายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยนี้เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานของระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงเหมาะสมต่อผู้ที่ใช้งานจริงภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพโดยจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือการลดอาการไม่พึงประสงค์รวมถึงการสูญเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลท่าตูมโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ตามรหัสโครงการเลขที่ 56/2567 ได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตูมให้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการยาเสี่ยงสูง โรงพยาบาลท่าตูมมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา จากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา การรายงาน การได้รับคำถามหรือขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล

2. ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสหวิชาชีพเพื่อหาสาเหตุราก แยกแยะรายละเอียดของปัญหา

เกี่ยวกับลักษณะของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรและจำต้องปฏิบัติอย่างไร

3. หลังการทบทวน ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงได้ง่ายและตรวจสอบได้ ดังนี้

ฟอร์ม 1: พัฒนาแบบเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูง ประกอบด้วยข้อมูลด้านยา วิธีการเตรียมหรือการผสมยา ตัวทำละลายที่แนะนำ อัตราการให้ ข้อควรระวังที่สำคัญ

ฟอร์ม 2: พัฒนาแบบบันทึกการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์และการบริหารยา แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น แนบไปพร้อมกับยา เมื่อมีการบริหารยาจะมีการเฝ้าระวังและลงนามกำกับ ตามแบบบันทึก

4. เตรียมความพร้อมในการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาความเสี่ยงสูงของระบบการจัดการด้านยาแบบใหม่ เก็บข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบอุบัติการณ์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation)

ติดตามการดำเนินงาน สังเกตผล ประเมินผลการดำเนินงาน 4 ด้าน คือความคลาดเคลื่อนจากคำสั่งการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการติดตามเฝ้าระวัง เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

สรุปผลการดำเนินงาน สภาพปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง จัดประชุมเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมโดยสหวิชาชีพแนวทางการพัฒนาในวงรอบถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในรูปแบบความถี่ และร้อยละของอุบัติการณ์

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 56/2567

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาความเสี่ยงสูงของระบบการจัดการด้านยาแบบเก่าและแบบใหม่

แนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระบบการจัดการด้านยาแบบเก่า	ระบบการจัดการด้านยาแบบใหม่
การสั่งและถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา	แพทย์	สั่งตามคู่มือการใช้ยาเสี่ยงสูง ถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์	สั่งตามคู่มือการใช้ยาเสี่ยงสูง ถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์
การทบทวนคำสั่งใช้ยา	เภสัชกร	ทบทวนความเหมาะสมในคำสั่งใช้ยาโดยพิจารณาจากแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง	ทบทวนความเหมาะสมในคำสั่งใช้ยาโดยพิจารณาจากแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
การจัดเตรียมยา เขียนฉลากยา	พนักงานเภสัชกรรม	ตามแนวปฏิบัติการจัดเตรียมยาที่มีความเสี่ยงสูง	ตามแนวปฏิบัติการจัดเตรียมยาที่มีความเสี่ยงสูง
การส่งมอบยาไปหอผู้ป่วย	เภสัชกร	จ่ายยาตามแนวทางยาเสี่ยงสูง	จ่ายยาตามแนวทางยาเสี่ยงสูง 1.แนบแบบเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูง**(ฟอร์ม 1:**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาความเสี่ยงสูงของระบบการจัดการด้านยาแบบเก่าและแบบใหม่

แนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระบบการจัดการด้านยาแบบเก่า	ระบบการจัดการด้านยาแบบใหม่
			ใหม่) 2.แนบและลงนามในแบบบันทึกการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์และการบริหารยา **(ฟอร์ม 2:ใหม่)**
การบริหารยา	พยาบาล	บริหารตามหลัก7R	บริหารตามหลัก7R ลงนามในแบบบันทึกการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์และการบริหารยา **(ฟอร์ม 2:ใหม่)**
ติดตามผลการบำบัดด้วยยา	แพทย์ เภสัชกร	ตามผลการรักษาตาม แนวทาง CPG:clinical guideline practice ตามผลการรักษาบางรายการยา	ตามผลการรักษาตาม แนวทาง CPG:clinical guideline practice ตามผลการรักษาบางรายการยา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า รายการยาเสี่ยงสูงที่มีการสั่งใช้บ่อยที่สุด คือ warfarin tablet 2, 3, 5 mg (47.13%), diazepam injection (24.18%), nicardipine injection (14.31%), magnesium sulfate injection (13.44%), morphine injection (12.26%), adrenaline injection (7.18%), gentamicin injection (6.07%), potassium chloride injection (4.83%) , regular insulin (4.37%), norepinephrine injection (2.37%), amiodarone injection (1.55%)

จากการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาพบความคลาดเคลื่อนระดับเกือบพลาด (near miss) มีความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่มีอันตรายหรือความเสียหายร้ายแรง จากคำสั่งใช้ยาเสี่ยงสูง ก่อนพัฒนาระบบการจัดการด้านยาพบอุบัติการณ์ระดับ B ทั้งหมด 18 ครั้ง หลังพัฒนาระบบอุบัติการณ์ลดเหลือ 3 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเตรียมยา พบอุบัติการณ์ระดับ B ก่อนพัฒนาระบบพบอุบัติการณ์ 42 ครั้ง หลังพัฒนาระบบอุบัติการณ์ลดลง 8 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ก่อนพัฒนาระบบการจัดการด้านยาพบอุบัติการณ์ที่ระดับ B 22 ครั้ง และ C 8 ครั้ง หลังพัฒนาระบบลดลง 3 ครั้งและ 2 ครั้งตามลำดับ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนพัฒนาระบบการจัดการด้านยาพบอุบัติการณ์ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป 6 เหตุการณ์ (miss/serious ADR) ซึ่งเกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง คือ amiodarone 2 ครั้ง diazepam 2 ครั้ง potassium chloride 1 ครั้ง morphine 1 ครั้ง หลังพัฒนาระบบมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยารายการยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเข้มงวดพบว่าอุบัติการณ์ด้านยาระดับ E ขึ้นไป หรืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (serious adverse drug reaction: serious ADR) ไม่เกิดขึ้น ดังนั้นหลังจากพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลท่าตูมทำให้มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2567) วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยในเปรียบเทียบระบบการจัดการด้านยาแบบเก่าและแบบใหม่

ระดับอุบัติการณ์	เกือบพลาด (Near miss) ตรวจพบในฝ่าย		พลาด (Miss) ตรวจพบนอกฝ่าย								จำนวนครั้งอุบัติการณ์	
	ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนส่งผลต่อผู้ป่วย		เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั่วไป		เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (Serious adverse reaction)							
ระดับความรุนแรง	ไม่มีความคลาดเคลื่อน	มีความคลาดเคลื่อน	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย	มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายต้องติดตามอาการ	มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายต้องรักษาในโรงยาบาลนานขึ้น เป็นอันตรายชั่วคราว หรือถาวร		มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายถึงชีวิต					
ประเภท	A		B		C		D		E		F-H		I		ระดับ E ขึ้นไป	
จำนวนครั้งอุบัติการณ์	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่	แบบเก่า	แบบใหม่
ความคลาดเคลื่อนจากคำสั่งใช้ยา	-	-	18	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเตรียมยา	-	-	42	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา	-	-	22	3	8	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	6	0
รวม	-	-	82	14	8	2	-	-	6	-	-	-	-	-	6	0

หมายเหตุ

ก่อน = จำนวนครั้งของอุบัติการณ์เก็บข้อมูลก่อนพัฒนาระบบการจัดการด้านยาแบบเก่าเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567

หลัง = จำนวนครั้งของอุบัติการณ์เก็บข้อมูลหลังพัฒนาระบบการจัดการด้านยาแบบใหม่เดือนพฤศจิกายน 2567

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาและประเมินระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลท่าตูมผลการวิจัยพบว่าระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงแบบใหม่สามารถลดจำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาได้เมื่อเทียบกับแบบเก่า

1. การพัฒนาแบบบันทึกการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์และการบริหารยาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ตั้งแต่อุบัติการณ์ระดับ A-I โดยระดับ A-B คือเกือบพลาด (near miss) เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคือการใช้ยาผิดพลาดหรือเกิดความเสี่ยงในการให้ยา อาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย แต่เหตุการณ์นั้นไม่ได้ส่งผลกระทบหรือไม่เกิดอันตรายและเหตุการณ์ที่เกิดอุบัติการณ์ไปแล้วหรือพลาดไปแล้ว (miss) ระดับ (C-I) ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการตรวจสอบและการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ในการใช้ยาอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญในระบบการแพทย์และการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงกลุ่มยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่ากระบวนการที่พบว่ามีรายงานมาก ได้แก่ กระบวนการให้ยาและกระบวนการจัดยา[9] และการประเมินงานตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลซับใหญ่คือ ขั้นตอนการสั่งใช้ยาและขั้นตอนการบริหารยามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดน้อยลง[6]

2. การบริหารยาของหอผู้ป่วยในใช้วิธีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ (independing double - check: IDC) เป็นไปตามแนวทางในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงขององค์กรต่างๆ ได้แก่ The Institute for Safe Medication Practices (ISMP),The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และ The Joint commission (TJC) วิธี IDC สามารถป้องกันความผิดพลาดที่จะถึงผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 95 โดยมีการยืนยันการบริหารยาโดยพยาบาล 2 คนซึ่งเป็นอิสระต่อกัน โดยพยาบาลคนที่ 1 เป็นคนจัดเตรียมยาและพยาบาลคนที่ 2 จะมาทวนสอบความถูกต้องของผู้ป่วย,ชื่อยา, ขนาดยา, วิถีการให้ยาและคำสั่งของแพทย์[1] สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้พัฒนาแบบบันทึกเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยในส่วนของการบริหารยา มีการแสดงการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการบริหารยาอย่างถูกต้องมากขึ้น[8] ทำให้หลังการพัฒนาระบบไม่เกิดอุบัติการณ์ด้านยาระดับ E ขึ้นไป

3. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมการพัฒนาแบบเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูง เพื่อกระจายเข้าไปยังหอผู้ป่วยพร้อมกับการจ่ายยาเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานที่แผนกผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการจัดการยาเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนพบว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านยามากขึ้นมีส่วนช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและพบว่าการพัฒนาระบบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงทำให้ผู้บริหารยาสามารถเข้าถึงข้อมูลยาได้ง่ายและรวดเร็วและมีแนวทางการใช้ยาและการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ทำให้เพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และสามารถลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยากลุ่มนี้ได้[4]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากที่ผ่านมานั้นการจัดทำคู่มือการใช้ยาเสี่ยงสูงไว้บนหอผู้ป่วย ไม่เพียงพอต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นในการบริหารยาและติดตามอาการขณะให้ยาโดยพึงพอใจและพบว่าใบติดตามการใช้ยา check list

HAD, monitoring card/Drug tips จากห้องยา หรือเภสัชกรกระจายไปหอผู้ป่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็นและป้องกัน serious ADR ได้ ดังเช่นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการทบทวนคำสั่งการใช้ยาของแพทย์และการบริหารช่วยป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไปแต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรควรมีการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูงร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยร่วมด้วยในทุกรายที่มีการใช้ยาประเภทนี้

ข้อจำกัด

ถึงแม้ว่า IDC จะเป็นวิธีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระที่ดี อย่างไรก็ตาม IDC มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ทรัพยากรคนและเวลารวมทั้งขั้นตอนที่ยุ่งยากมากกว่าการตรวจสอบซ้ำวิธีอื่นๆ และเพิ่มภาระงานให้กับผู้บริหารยา ยิ่งไปกว่านั้นการที่มีปริมาณงานมาก อัตรากำลังน้อยยิ่งทำให้การ IDC เป็นไปได้ยาก จึงควรมีการพัฒนาระบบการบริหารยาโดยการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ โดยการใช้บาร์โคท การคำนวณขนาดยาโดยใช้แอพพลิเคชั่นเพื่อให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูลคำสั่งยาเสี่ยงสูงที่รวดเร็วเฉพาะบุคคลและ IDC ได้รวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson B, Townsend T, CCRN-CMC CB. Preventing high-alert medication errors in hospital patients. Am Nurse Today [Internet]. 2015;44. Available from: https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2015/05/ant5-CE-421.pdf
2. Graham S, Clopp MP, Kostek NE, Crawford B. Implementation of a high-alert medication program. Perm J [Internet]. 2008;12:15. Available from: https://www.thepermanentejournal.org/doi/pdf/10.7812/TPP/07-135
3. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP) [Internet]. 2024. Available from: https://www.nccmerp.org/about-medication-errors
4. Saenglertsilpachai S, Tapchaisri P. การ พัฒนา ระบบ การ บริหาร ยา ที่ มี ความ เสี่ยง สูง ใน โรง พยาบาล เวชศาสตร์ เขต ร้อน. Thai J Public Health [Internet]. 2023;53:449–64. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/260299/180779
5. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. ความคลาดเคลื่อนทางยา. 2560; Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=303%3B
6. พิศ อาภา ธง ภั ก ดิ์. การ ประเมิน การ ดำเนิน งาน ตาม แนวทาง การ ใช้ ยา ที่ มี ความ เสี่ยง สูง ของ โรง พยาบาล ซับใหญ่. ชัยภูมิ เวช สาร [Internet]. 2022; Available from: https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12062/10388
7. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, 2565.
8. สุนทร ปภานิธินันท์. การนำมาตรฐานการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug : HAD) สู่การปฏิบัติ [Internet]. 2567. Available from: https://pharmacycouncil.org/ccpe/index.phpoption=article_detail&subpage=article_detail&id=1492
9. อัญชลี รี ชัย พิชิต กุล, นิ ส รา ศรี สุ ระ, กฤช อนุตร ชัชวาล. รายงาน ความ เสี่ยง ของ ยา ความ เสี่ยง สูง และการ ประเมิน ความ ถูก ต้อง ของ การ ให้ ระดับ ความ รุนแรง โรง พยาบาล ขอนแก่น. วารสาร การ แพทย์ โรง พยาบาล อุดรธานี [Internet]. 2023;31:207–19. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/265109/180829

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10

Development of Iodine Consumption Promotion Model for Young Children and Elderly in Health Region 10

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ปราณี อุสุพันธ์[1]
Pranee Usuphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 การวิจัยใช้วิธีผสมผสาน ประกอบด้วยการวิจัยเชิงสำรวจและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 746 คน และผู้สูงอายุ 761 คน จาก 5 จังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะ และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กและผู้สูงอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำ แต่บริโภคอาหารทะเลและผักผลไม้ที่มีไอโอดีนสูงในปริมาณน้อย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริโภคไอโอดีน ได้แก่ การขาดความรู้ ทัศนคติ และการเข้าถึงอาหารที่มีไอโอดีน

คำสำคัญ: ไอโอดีน, พฤติกรรมการบริโภค, เด็กเล็ก, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study the consumption behavior of iodine-containing foods, urinary iodine levels, and develop a model to promote appropriate iodine consumption for children aged 3-5 years and the elderly in Health Region 10. The research used a mixed-method approach, consisting of survey research and qualitative research. The sample consisted of 746 children aged 3-5 years and 761 elderly from 5 provinces. Data were collected using questionnaires, urine iodine level tests, and in-depth interviews.

The results of the study found that the average urinary iodine levels of children and the elderly were lower than the recommended level. Most of the sample group regularly used iodized salt but consumed only a small amount of seafood and vegetables and fruits high in iodine. Factors that hindered iodine consumption included lack of knowledge, attitudes, and access to iodine-containing foods.

Keywords: Iodine, Consumption behavior, Young children, Elderly, Health promotion

บทนำ

ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย โดยเฉพาะในระยะปฐมวัยและวัยชรา การขาดไอโอดีนอาจนำไปสู่ภาวะขาดไอโอดีน (Iodine Deficiency Disorders: IDD) ซึ่งส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะคอพอก ภาวะไทรอยด์ทำงานผิดปกติ และความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 2 พันล้านคนมีความเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา[1]

ในประเทศไทย แม้จะมีการรณรงค์และดำเนินมาตรการป้องกันการขาดสารไอโอดีนมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาการขาดไอโอดีนในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร พื้นที่นี้มีความ

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เสี่ยงต่อภาวะขาดไอโอดีนในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกลทะเล ทำให้ดินและแหล่งน้ำมีปริมาณไอโอดีนต่ำตามธรรมชาติ[2]

จากข้อมูลทางสถิติในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ความชุกของภาวะคอพอกในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5.2-12.4 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ไม่เกินร้อยละ 5) โดยพบมากในจังหวัดศรีษะเกษ ยโสธร และอุบลราชธานี[3] ส่วนระดับไอโอดีนในปัสสาวะเฉลี่ยในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ มีค่าอยู่ในช่วง 56-87 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ (100-199 ไมโครกรัมต่อลิตร[4]

การศึกษาของสมชาย มณีวงษ์ (2563)[5] ได้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการขาดไอโอดีนในเด็กเล็กมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของไอโอดีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี นพเก้า (2562[6] ที่พบว่าเด็กในพื้นที่ชนบทมีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีปัจจัยสำคัญคือการเข้าถึงอาหารที่มีไอโอดีนและความตระหนักของครอบครัว

ในส่วนของผู้สูงอายุ การศึกษาของวิภา วัฒนปรีชา (2561)[7] พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนต่ำกว่าที่ควร โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ การศึกษาของสุภาพร ไกรศรี (2563)[8] ยังชี้ให้เห็นว่าการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งอาหารที่มีไอโอดีนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบริโภคไอโอดีนในประชากรทุกกลุ่มวัย

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคไอโอดีน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การประยุกต์ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรมและระดับไอโอดีนในปัสสาวะจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนมาตรการแก้ไขปัญหาภาวะขาดไอโอดีนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนและระดับไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรมและระดับไอโอดีนในปัสสาวะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 746 คน และผู้สูงอายุ 761 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยง 0.85
2. ชุดตรวจวัดระดับไอโอดีนในปัสสาวะ
3. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ ผลการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะอยู่ในช่วง 158.40-214.40 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (213.50 ไมโครกรัมต่อลิตร) และจังหวัดศรีสะเกษมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (158.40 ไมโครกรัมต่อลิตร)

ตารางที่ 1 ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะในเด็กอายุ 3-5 ปี (ไมโครกรัม/ลิตร)

ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (ไมโครกรัม/ลิตร)	อุบลราชธานี (n=150)	ศรีสะเกษ (n=150)	ยโสธร (n=150)	อำนาจเจริญ (n=150)	มุกดาหาร (n=146)
ค่าเฉลี่ย	213.50	158.40	184.90	178.70	180.90
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	205.90	64.40	57.20	69.45	67.22
ค่ามัธยฐาน	76.97	147.90	173.10	167.30	172.10
จำนวนน้อยที่สุด	72.40	28.74	85.20	36.65	56.85
จำนวนมากที่สุด	477.20	333.00	298.70	468.20	358.20

สำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะอยู่ในช่วง 89.40-214.40 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยจังหวัดยโสธรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (214.40 ไมโครกรัมต่อลิตร) และจังหวัดศรีสะเกษมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (89.40 ไมโครกรัมต่อลิตร)

ตารางที่ 2 ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะในผู้สูงอายุ (ไมโครกรัม/ลิตร)

ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (ไมโครกรัม/ลิตร)	อุบลราชธานี (n=150)	ศรีสะเกษ (n=150)	ยโสธร (n=150)	อำนาจเจริญ (n=162)	มุกดาหาร (n=149)
ค่าเฉลี่ย	213.20	89.40	214.40	96.91	107.3
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	77.14	61.25	84.20	69.11	59.29
ค่ามัธยฐาน	205.60	74.25	207.80	82.46	97.79
จำนวนน้อยที่สุด	72.40	20.49	17.60	22.91	25.41
จำนวนมากที่สุด	477.20	371.20	499.30	547.40	371.2

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน

เด็ก 3 - 5 ปี

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของประชากรใน 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร โดยแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า

การใช้เกลือเสริมไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทุกจังหวัด (ร้อยละ 71.33-82.88) ใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง (4-7 วัน/สัปดาห์) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.12-28.67) ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยใช้เลย

การบริโภคอาหารทะเล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.51-88.00) บริโภคอาหารทะเลบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยบริโภคเลย มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 12.00-18.49) ที่บริโภคอาหารทะเลเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง

การดื่มนมเสริมไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00-78.67) ดื่มนมเสริมไอโอดีนบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยดื่มเลย มีเพียงประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 21.33-30.00) ที่ดื่มนมเสริมไอโอดีนเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง

การรับประทานไข่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.33-74.66) รับประทานไข่เป็นประจำหรือบ่อยครั้ง มีประมาณ 1 ใน 4 ถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 25.34-38.67) ที่รับประทานไข่บางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยรับประทานเลย

การรับประทานผักใบเขียวและมันฝรั่ง กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 38.00-50.68) รับประทานผักใบเขียวและมันฝรั่งเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง อีกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.32-62.00) รับประทานผักใบเขียวและมันฝรั่งบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยรับประทานเลย

การรับประทานอาหารแปรรูป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.67-80.67) รับประทานอาหารแปรรูปบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยรับประทานเลย มีเพียงประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19.33-25.33) ที่รับประทานอาหารแปรรูปเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง

ผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนของผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า การบริโภคอาหารทะเลทุกสัปดาห์ พบว่าจังหวัดมุกดาหารมีสัดส่วนสูงที่สุด คือ ร้อยละ 18.5 รองลงมาคือ อำนาจเจริญ ร้อยละ 16.7 ยโสธร ร้อยละ 16.0 อุบลราชธานี ร้อยละ 13.3 และศรีสะเกษ ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ การใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร พบมากที่สุดในจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 82.9 ยโสธร ร้อยละ 79.3 อำนาจเจริญ ร้อยละ 78.0 อุบลราชธานี ร้อยละ 74.7 และศรีสะเกษ ร้อยละ 71.3 การดื่มนมที่มีการเสริมไอโอดีน จังหวัดอำนาจเจริญมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 30.0 ตามมาด้วยยโสธร ร้อยละ 27.3 มุกดาหาร ร้อยละ 26.7 อุบลราชธานี ร้อยละ 24.0 และศรีสะเกษ ร้อยละ 21.3 การรับประทานผักและผลไม้ที่มีไอโอดีนสูง เช่น สาหร่าย พบสัดส่วนมากที่สุดในจังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือ ยโสธร ร้อยละ 12.7 มุกดาหาร ร้อยละ 12.3 อุบลราชธานี ร้อยละ 10.0 และศรีสะเกษ ร้อยละ 8.0 การได้รับความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน พบว่าจังหวัดมุกดาหารมีสัดส่วนผู้ได้รับความรู้สูงที่สุด ร้อยละ 49.3 ตามมาด้วยยโสธร ร้อยละ 47.3 อำนาจเจริญ ร้อยละ 45.3 อุบลราชธานี ร้อยละ 42.0 และศรีสะเกษ ร้อยละ 38.7

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภค	อุบลราชธานี (n=150)	ศรีสะเกษ (n=150)	ยโสธร (n=150)	อำนาจเจริญ (n=150)	มุกดาหาร (n=146)
บริโภคอาหารทะเลทุกสัปดาห์	20 (13.3)	18 (12.0)	24 (16.0)	25 (16.7)	27 (18.5)
ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร	112 (74.7)	107 (71.3)	119 (79.3)	117 (78.0)	121 (82.9)
ดื่มนมที่มีการเสริมไอโอดีน	36 (24.0)	32 (21.3)	41 (27.3)	45 (30.0)	39 (26.7)
รับประทานผักและผลไม้ที่มีไอโอดีนสูง เช่น สาหร่าย	15 (10.0)	12 (8.0)	19 (12.7)	22 (14.7)	18 (12.3)
เคยได้รับความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	63 (42.0)	58 (38.7)	71 (47.3)	68 (45.3)	72 (49.3)

3. รูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่พัฒนาขึ้น

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมชุมชน 2) การสนับสนุนการเข้าถึงอาหารที่มีไอโอดีน 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตาม 5) การบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำ แต่ยังมีการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนตามธรรมชาติในปริมาณน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร เกษมสุข (2561)[9] ที่พบว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคอาหารทะเลน้อย เนื่องจากข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์และการเข้าถึง

ระดับไอโอดีนในปัสสาวะที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในบางพื้นที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Zimmermann & Andersson (2012)[10] ที่เน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

รูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชัย วิจิตรกุล (2565)[11] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการส่งเสริมโภชนาการในชุมชน นอกจากนี้การให้ความรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมชุมชนยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติกร เพ็ชรเขียว (2562)[12] ที่พบว่าการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความรู้และการบริโภคไอโอดีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก[13] ที่เน้นความสำคัญของการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน ขณะที่การสนับสนุนการเข้าถึงอาหารที่มีไอโอดีนสอดคล้องกับการศึกษาของ Tran et al. (2016)[14] ที่ชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีไอโอดีนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องของแต่ละจังหวัด

2. ควรจัดทำคู่มือการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.

3. ควรพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มวัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อที่มีผลต่อการบริโภคไอโอดีน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers [Internet]. 3rd ed. Geneva: WHO; 2007 [cited 2024 Mar 15].
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์ไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2563. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10; 2563.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.

4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ; 2562.
5. สมชาย มณีวงษ์, วิชัย สุวรรณรัตน์, นภาพร ทองสุข. การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(1):58-69.
6. รุ่งฤดี นพเก้า, สุรีย์พร แสงสุริยา, พัชรี วรกิจพูนผล. การประเมินภาวะไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2562;17(1):1-12.
7. วิภา วัฒนปรีชา, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นงลักษณ์ พะไกยะ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2561;16(3):19-30.
8. สุภาพร ไกรศรี, วันดี สุทธรังษี, อรพรรณ จันทร์แดง. การสำรวจภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และผลต่อการขาดไอโอดีน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(2):105-14.
9. นพพร เกษมสุข, อรุณ จิรวัฒน์กุล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. การศึกษาการบริโภคไอโอดีนในครัวเรือนจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(1):79-88.
10. Michael Bruce Zimmermann, Maria Andersson. Assessment of iodine nutrition in populations: past, present, and future. Nutrition Reviews. 2012;70(10):553-70.
11. สุรชัย วิจิตรกุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ชนิดา มัททวางกูร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):142-53.
12. จิตติกร เพ็ชรเขียว, สมพร เตชะศิรินุกูล, วรรณา จารุสมบูรณ์. การใช้สื่อการเรียนรู้ในการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กประถม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(2):305-15.
13. World Health Organization. Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. Geneva: WHO; 2014.
14. Thach Duc Tran, Basil Hetzel, Jane Fisher. Access to iodized salt in 11 low- and lower-middle-income countries: 2000 and 2010. Bulletin of the World Health Organization. 2016;94(2):122-9.

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่รับบริการศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

Quality of life in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder receiving services from the Child Development Stimulation Center and Child and Adolescent Psychiatry, Nongkhai Hospital

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ธิดานวล กองหล้า ชื่นศรี[1] ลิกิจ โหราฤทธิ์[2]
Tidanual Kongla Chuensri[1] Likit Horalith[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย และ 2) เปรียบเทียบลักษณะครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567-ธันวาคม 2567 โดยผู้ปกครองสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น และครอบครัว จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน : 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก 2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (Peds QLTM 4.0) สำหรับเด็กอายุ 6-9 ปี การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน พิสัย ตามลักษณะข้อมูลใช้ โดยใช้ Independent Samples t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) (เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในบทที่ 3) แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านโดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ หรือไม่เกิน ร้อยละ 65.43 ได้แก่ ด้านสังคม (ร้อยละ 64.55) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) เมื่อจำแนกเป็นช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ อายุ 1-5 ปี ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.10) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 62.28) อายุระหว่าง 6-10 ปี ในด้านโรงเรียน (ร้อยละ 61.66) และอายุ 11 ปี ขึ้นไป ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.51) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) และ 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างลักษณะทางครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิตของเด็ก รายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบการระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : เด็กสมาธิสั้น, คุณภาพชีวิต, พัฒนาการเด็ก

ABSTRACT

The objectives of this survey research were to study 1) quality of life in school-aged children with ADHD. Child Development Stimulation Center and child and adolescent psychiatry Nong Khai Hospital and 2) compare family characteristics and quality of life in school-age children with ADHD. Child Development Stimulation Center and child and adolescent psychiatry Nong Khai Hospital The sample group used in the research were parents of school-age children with ADHD, ages 6-9 years, who received treatment at the Child Development Center. and

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

child and adolescent psychiatry, Nong Khai Hospital From August 2024 to December 2024, with parents voluntarily agreeing to participate in the research. The tools used to collect data include: Set 1, a general information questionnaire for school-age children with ADHD and their families, consisting of 24 questions, consisting of: 2 parts: 1. Information about parents and family characteristics of children. 2. Information about school-age children with attention deficit hyperactivity disorder. Created by the researcher himself, Set 2, Children's Quality of Life Questionnaire, version 4.0 (Peds QLTM 4.0), for children aged 6-9 years. Data analysis includes mean, standard deviation or median, range according to the nature of the data used, using Independent Samples T-test and one-way analysis of variance. The statistical significance level was set at 0.05

The results of the research found that 1) the quality of life of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder Child Psychiatry Clinic Outpatient Department Nong Khai Hospital It was at a low level (65.13 percent) (compared to the criteria set in Chapter 3), but when classified into areas as a whole, it was found that the quality of life was at a low level. or not more than 65.43 percent, including society (64.55 percent) and school (53.07 percent). When classified into age groups of children with ADHD, it was found that their quality of life was low in 2 areas, namely those aged 1-5 years in the area Social (65.10%) and school (62.28%) ages between 6-10 yearsin school (61.66%) and aged 11 years and over, in society (65.51%) and school (53.07%), and 2) results of comparison of mean scores between family characteristics of children with ADHD and quality of life of children Individual and overall aspects of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder not different. And the results of comparing the time of being diagnosed with ADHD and quality of life were found to be significantly different at the .05 level.

Keywords: children with ADHD, quality of life, child development

บทนำ

โรคสมาธิสั้นพบได้มากในเด็กช่วงวัยเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 6 - 9 ปี โดยพบมีการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 4 - 18 ปี จำนวน 332 คนพบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 10 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กกลุ่มช่วงวัยอื่นถึง 4 เท่า[1,2]การศึกษาในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดว่ามีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 รายทั่วประเทศ[3]และข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษา ณ ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคายมากสุดในช่วงอายุ 6 - 9 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 54.00 ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งหมด[4]ซึ่งพบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชายร้อยละ 12.00 และเพศหญิงร้อยละ 4.20 หรือเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1[5,6]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็ก ครอบครัวและสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย จากอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเล่นที่ผาดโผน และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน และเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย ๆ ร้อยละ 50 จะมีปัญหาในส่วนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ผลที่ตามมา คือ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะไม่สามารถเขียนหนังสือให้สวยงามได้ ทำกิจกรรมดูไม่กระฉับกระเฉง[6]นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำอีกด้วย[7] ผลกระทบต่อเด็กด้านจิตใจ การที่เด็กควบคุมอารมณ์ของตนอันเกิดจากโรคสมาธิสั้นไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ง่ายเมื่อโดนขัดใจ

คือ โมโห หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน เมื่อโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น ชกต่อยเพื่อน ตะโกนส่งเสียงดัง มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ได้ตามมาในอนาคต[8] นอกจากนี้เด็กยังรู้สึกเป็นปมด้อย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองเป็นตัวปัญหา ไม่เป็นที่ต้องการของใคร เรียนไม่ดี โดยกดดันจากพ่อแม่ เด็กจะยิ่งรู้สึกแย่นำมาซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวได้[9] ด้านสังคมเด็กไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อน เนื่องจากการที่เด็กเล่นกับเพื่อนแบบรุนแรง เช่น ชอบแหย่ แกล้งหรือเล่นกับเพื่อนรุนแรง โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนหรือสังคมได้ [10] เด็กจึงแยกตัวเล่นคนเดียวและการที่เด็กจะขาดการเข้ากลุ่มเพื่อนโดนเพื่อนล้อ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้[6] ด้านการศึกษา เด็กโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30 -40 จะมีปัญหาด้านการเรียนบกพร่อง (Learning Disabilities, LD) อ่านสะกดคำไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือผิด บวกลบเลขไม่ได้ สอบตกซ้ำชั้น [11] ไม่มีสมาธิหรือหรือมีความสนใจในการเรียนหรือทำงานขณะที่อยู่ในห้องเรียนได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่คุณครูสอน ผลการเรียนตกต่ำ แม้ว่าจะมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ [12]ทำให้เด็กต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรม ทำการบ้านมากกว่าเด็กปกติทั่วไป หากเด็กสมาธิสั้นรายใดที่มีภาวะระดับสติปัญญาต่ำร่วมด้วยก็จะยิ่งทำให้เด็กประสบปัญหาด้านการเรียน การทำงาน ส่งผลต่ออนาคตคือเด็กจะไม่ประสบความสำเร็จทางด้านการเรียนหรือการทำงานได้ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก[13] ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) 2) ด้านความสุขสบาย (comfort) 3) ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ (resilience) 4) ด้านการหลีกหนีความเสี่ยง (risk avoidance) และ 5) ด้านความสำเร็จ (achievement) สำหรับด้านความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพรวมทั้งการนับถือตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นนั้นมักพบปัญหาในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้พ่อแม่หนักใจและบางครั้งมักว่ากล่าวตักเตือน หรือตำหนิบ่อยครั้งซึ่งมีผลต่อตัว เด็กเองเกิดความรู้สึกกดดัน เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ด้านความสุขสบาย หมายถึงความรู้สึกด้านร่างกาย อารมณ์และข้อจำกัดใน การปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยจะเห็นว่าอาการซุกซนและอาการหุนหันพลันแล่นที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นบ่อยครั้งที่เกิดปัญหาในเด็ก เช่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี อดทนรอใครไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ หมายถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมในครอบครัวและการรับรู้ถึงการส่งเสริมจากครอบครัว รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยพบว่า ในเด็กสมาธิสั้นมักไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ในการทำกิจกรรมเนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัว รวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ด้านการหลีกหนีความเสี่ยง หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการ รวมทั้งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในเด็กสมาธิสั้นมักพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ก้าวร้าวรุนแรง ดื้อไม่เชื่อฟัง การควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและหันไปพึ่งพายาเสพติด [14]และด้านความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จด้านการเรียนและสัมพันธภาพ พบว่า เด็ก สมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายอาจมีระดับ

สติปัญญาสูงก็พบได้บ่อย แต่เด็กมักพบความยากลำบากในการเรียนที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากันในการทำให้สำเร็จ [15]

ดังนั้น คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ามารับบริการในศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบูรณาการแนวทางการดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (survey research by Cross-sectional Study) โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Target Population) คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 - ธันวาคม 2567 โดยผู้ปกครองสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย 2) ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กด้านต่าง ๆ โดยให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 3) ผู้ปกครองสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยผู้ปกครอง 1 คน สามารถตอบได้ 1 ครั้ง หากผู้ปกครองมีเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นในปกครองมากกว่า 2 คน จะให้ผู้ปกครองทำการจับฉลากสุ่มเลือกตอบเพียง 1 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ปกครองที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง[17]

ใช้สูตร Yamane

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

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดสุ่ม

Z = ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

Z = 1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% (α = .05)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น

$$n = \frac{0.5(1-0.5)\ (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เก็บกลุ่มตัวอย่างทุกรายจากผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่

ได้รับการรักษาที่ ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บตั้งแต่ สิงหาคม 2567- ธันวาคม 2567 จนครบจำนวน 385 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น และครอบครัว จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก

2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQLTM 4.0) สำหรับเด็กอายุ 6-9 ปี ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) พัฒนาโดย Dr.James W Varni [18,19] และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยทีมงานนักวิจัยไทยของ Dr.James W Varni[18,19] ซึ่งได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว มีจำนวน 23 ข้อ คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off score ≤ 65.43 ถือว่ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.92 [18,19]

1. ลักษณะของข้อมูล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQLTM 4.0) ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) มี 4 แบบ แบ่งตามช่วงอายุสำหรับเด็กอายุ 6, 7, 9 และ 9 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ทุกช่วงอายุมีข้อคำถามที่เหมือนกัน แตกต่างเฉพาะภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละช่วงวัย ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวัดคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) อารมณ์ (5 ข้อ) สังคม (5 ข้อ) และโรงเรียน (5 ข้อ) แบบวัดนี้มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

ตอบ ไม่เลย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0
ตอบ เกือบไม่เคย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1
ตอบ บางครั้ง ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2
ตอบ บ่อย ๆ ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3
ตอบ เกือบตลอดเวลา ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4

การแปลผลคะแนน

การให้คะแนน จะมีคะแนน 0 - 100 คะแนน โดยมีการให้คะแนนในแต่ละตัวเลือกดังนี้

ตอบ ไม่เลย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0 ให้ 100 คะแนน
ตอบ เกือบไม่เคย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1 ให้ 75 คะแนน
ตอบ บางครั้ง ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2 ให้ 50 คะแนน
ตอบ บ่อย ๆ ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3 ให้ 25 คะแนน
ตอบ เกือบตลอดเวลา ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4 ให้ 0 คะแนน

ค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่าแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตถูก รวมโดยการคิดคะแนนของแต่ละข้อ คะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับปกติ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่มากกว่า 69.71 คะแนน และมากกว่า 65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report) ดังนั้นคะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 69.71 คะแนน และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ

65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาจากหนังสือ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ภายหลังได้รับการอนุญาตขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอเข้าถึงข้อมูลของเด็กในเวชระเบียน

3. ภายหลังได้รับการอนุญาต ทำการติดต่อประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย โดยคัดเลือกผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. เมื่อผู้ปกครองยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะเชิญผู้ปกครองไปยังสถานที่ที่เป็นห้อง เงียบ เพื่อให้ผู้ปกครองนั่งทำแบบสอบถามและเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยนี้

6. ทำการแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ปกครองกรอกรายละเอียดด้วยตนเอง

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 10 - 15 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง (ชุดที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ชุดที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคาตอบในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

9. นาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่ และร้อยละ ตัวแปร อายุ คะแนน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบระหว่างความขัดแย้งในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น สถิติที่ใช้ ได้แก่ Independent Samples t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05การเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Analysis of One Way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ. 05

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ 59/2567วันที่ 1 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน พบว่า มากกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 55.84 เป็นหญิง ที่เหลือร้อยละ 44.16 เป็นเพศชาย มีความเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น เป็นมารดา ร้อยละ 44.24 เป็นบิดา ร้อยละ 44.42 ที่เหลือเป็น ตา/ยาย และเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 8.31 และร้อยละ 5.19 ตามลำดับ ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 31.69 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 30.13 และอายุ ไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ

18.44 ที่เหลืออายุ 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 11.43 และร้อยละ 8.31 ตามลำดับ ทุกคนหรือร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.00 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 24.40 และประถมศึกษา ร้อยละ16.61 มีเพียงร้อยละ 1.00 ที่สูงกว่าปริญญาตรี สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.30 รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิต แต่งงานใหม่ ร้อยละ 9.35 คู่สมรสเสียชีวิต แต่ไม่แต่งงานใหม่ ร้อยละ 7.27 และร้อยละ 2.08 คู่แยกกันอยู่ ส่วนอาชีพ พบว่า ว่างงาน ร้อยละ 20.52 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.62 ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 16.36 ลูกจ้างหน่วยงานราชการ ร้อยละ 15.58 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 14.29 โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถามมักจะเป็นโรคเบาหวาน โรคข้อข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือน 4 คน ขึ้นไป ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ 3 คน และ 2 คน มีอยู่ร้อยละ 15.32 และ 4.68 ตามลำดับ มีบุคคลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบ 2 คน ร้อยละ 43.64 รองลงมาคือ 1 คน ร้อยละ 28.57 จำนวน 3 คน และ 4 คน มีอยู่ร้อยละ 16.62 และร้อยละ 4.94 ตามลำดับ ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดียว (พ่อ แม่ ลูก) ร้อยละ 48.57 รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย ร้อยละ 42.08 และครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 9.35 เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัว บาท/เดือน พบว่า มีไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 39.50 รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 34.80 รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และมากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 16.60 และร้อยละ 9.10 ตามลำดับ รายได้โดยรวมของครอบครัว พบว่า มีพอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 52.47 รองลงมาคือ พอใช้แต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 35.06 ที่เหลือ มีพอใช้และมีเงินสะสม และทำให้ต้องออกจากงาน ร้อยละ 11.14 และ ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ร้อยละ 42.34 ไม่ผลกระทบ และร้อยละ 42.34 มีผลต่อทางจิตใจ/พฤติกรรม ที่เหลือที่มีผลกระทบ ทางวาจาและญาติพี่น้องรังเกียจ ร้อยละ 10.39 และร้อยละ 3.11 ตามลำดับ สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งกัน ร้อยละ 78.44 รองลงมา คือ มีความขัดแย้งกันบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.43 ความขัดแย้งระหว่างบิดา/มารดา ร้อยละ 4.16 ที่เหลือคือ บิดาหรือมารดากับลูกขัดแย้งกัน ขัดแย้งกันเอง และทำให้ครอบครัวหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 3.12 ร้อยละ 1.81 และร้อยละ 1.04 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ที่ได้จากการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.10 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 23.90 มีอายุระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 54.55 รองลงมา อายุระหว่าง 1-5 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.71 และร้อยละ 19.74 ตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 45.19 รองลงมาเป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 42.60 ที่เหลือเป็นบุตร คนที่ 3 คนที่ 5 และคนที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 10.39 ร้อยละ 1.04 และร้อยละ 0.78 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า มากกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 61.30 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 5-8 ปี และ 9-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.61 และร้อยละ 9.09 ตามลำดับ สำหรับการพักอยู่อาศัยของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 60.26 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ที่เหลือพักอาศัยอยู่กับสถานเลี้ยงเด็ก และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 17.66 ระดับการศึกษาของเด็ก เกินครึ่งหรือร้อยละ 64.16 อยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 20.52 อยู่ชั้นอนุบาล ที่เหลือร้อยละ 11.17 ไม่ได้ศึกษา

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) เมื่อเทียบกับเกณฑ์คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off

score ≤ 65.43 ของ Dr.James W Varni (2001) อ้างอิงเกณฑ์จากบทที่ 3 แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน โดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ หรือไม่เกิน ร้อยละ 65.43 ได้แก่ ด้านสังคม (ร้อยละ 64.55) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) เมื่อจำแนกเป็นช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ อายุ 1-5 ปี ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.10) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 62.28) อายุระหว่าง 6-10 ปี ในด้านโรงเรียน (ร้อยละ 61.66) และอายุ 11 ปี ขึ้นไป ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.51) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กกับคุณภาพชีวิต รายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Independent t-test ไม่แตกต่างกัน

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) เมื่อเทียบกับเกณฑ์คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off score ≤ 65.43 ของ James W. Varni (2001) อ้างอิงเกณฑ์จากบทที่ 3 พบว่า โดยรวมเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง คือ ร้อยละ 65.79 เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่าเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านโรงเรียน ของช่วงระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น คือ 1-4 ปี 5-8 ปี และ 9-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.45 ร้อยละ 61.11 และร้อยละ 54.76 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.13 และช่วงระยะเวลา 9-12 ปี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 64.34 ร้อยละ 62.43 และร้อยละ 54.76 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 62.55

ผลการเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยรวมมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสังคม

สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) (ได้จากการเปรียบได้จากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในบทที่ 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคสมาธิสั้น หรือ ADHD คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่ ประกอบด้วย รูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุและหรือระดับพัฒนาการ และแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่จะให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เด็กเหล่านี้จึงมีความลำบากในการควบคุมตนเองสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ มีความยากลำบากในการเข้าสังคมกับคนอื่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ตามที่คนทั่วไปคาดหวังว่าเด็กว่าจะทำได้ในสถานการณ์นั้นๆ ด้วยเหตุนี้มักทำให้เด็กมีปัญหากับผู้ใหญ่ หรือมักมีปัญหากับเพื่อนๆ มักจะไม่ชอบ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ [20]ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 7-10 ปี จำนวน 60 คนที่เข้ารับการรักษาในคลินิก โรงพยาบาลอ่างทองผลการวิจัย

พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความขัดแย้งในครอบครัวของเด็กโรคสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Independent t-test ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่เกิดจากคอบครัวของเด็ก เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กที่อยู่ในครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงเนื่องจากเด็กที่ไม่ได้รับการรักษาตามกระบวนการรักษาทางการแพทย์ นอกจากนี้รูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง แยกกันอยู่ เด็กกลุ่มนี้จะขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางอารณ์ เด็กกับพ่อแม่มีปัญหากันในเรื่องของสัมพันธภาพ เด็กจึงไม่สามารถได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง ประสบการณ์ที่พบเจอไม่ดี ไร้ซึ่งความสุข ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวที่รุนแรง ที่เด็กต้องเผชิญส่งผลให้เด็กเกิดความหวาดระแวง และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แม้แต่สภาพแวดล้อมที่วุ่นวายสับสน ไม่มีกฎเกณฑ์สม่ำเสมอ สมาชิกใช้ชีวิตปราศจากการวางแผน ไม่มีแบบอย่างที่ดีได้ปฏิบัติตาม จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลระยะยาวในเรื่องของบุคลิกภาพในอนาคตของเด็กตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ[21]ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตควรเป็นการวัดในด้านอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และปัญญา นอกจากนี้ เพื่อให้ครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิต ควรนำการวัดในด้านภาวะวิสัย (Objective) มาใช้ร่วมกันการวัดคุณภาพชีวิตในการกรณีที่การวัดเชิงอัตวิสัยไม่สามารถดำเนินการวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครบถ้วน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ[22]ได้ทำการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ส่งเสริมความรู้และความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 ที่สนใจเข้าร่วมอบรม จำนวน 25 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม ผลการวิจัย พบว่า 1) ครูมีความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้นและการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมหลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, 2) ครูมีความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมหลังอบรมสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าเมื่อพิสูจน์สมมติฐานของงานวิจัยแล้วจะมีปัจจัยใดแตกต่างกันบ้าง ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงทดลองที่ผู้วิจัยสามารถคาดการณ์ความแม่นตรงของการทดลองได้ว่ามีความมากกว่า หรือน้อยกว่าของค่าคะแนนเฉลี่ยจากงานวิจัย เนื่องจากมีการออกแบบการวิจัยแยกเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. ผลการเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้น มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในเด็กบางคนกว่าผู้ปกครองจะทราบได้ว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นอาจใช้ระยะเวลา การสังเกตและการเอาใจใส่ต่อเด็กไม่เหมือนกัน สอดคล้องกับ[23]ที่กล่าวว่าโรคสมาธิสั้น หรือ ADHD เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่ ประกอบด้วย รูปแบบ

พฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุและหรือระดับพัฒนาการ และแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และสอดคล้องกับ[24] ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นว่า ผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะแม่ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดที่ทราบหรือสามารถสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของเด็กได้ และอาจรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) ดังนั้น ควรให้การเลี้ยงดูที่อบอุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะการขาดแคลนทางจิตใจ ส่งเสริมให้พ่อแม่และลูกมีปฏิสัมพันธ์ในทางบวก เพื่อลดปัจจัยความเครียดที่มีผู้กล่าวว่าเป็นปัจจัยการเสริมการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ และจัดสภาพแวดล้อมและชีวิตในบ้านให้มีระเบียบแบบแผนที่เหมาะสม เช่น ไม่มีการกระตุ้นเด็กที่มากเกินไป หรือขาดแบบอย่างที่เหมาะสมจนเด็กไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมที่ปกติได้ และควรมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดของเด็กโรคสมาธิสั้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง เนื่องจากใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มากนัก ผู้วิจัยสามารถดูแลเด็กที่นำมาทดลองได้ทั่วถึง โดยมีการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กอายุสั้นมาใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). American Psychiatric Association.

2.Drechsler,R.,Brem,S.,Brandeis,D.,Grunblatt,E.,Berger,G.,&Walitza,S.(2020).ADHD:Current Concepts and treatments in children and adolescents.Neuropediatrics,51(5),315- 335.

3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560).“รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต,กรุงเทพฯ.

4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองคาย.(2565).รายงานสถิติโรงพยาบาลหนองคาย. โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย.

5.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิลก, และคณะ.(2556).ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย, วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ;21(2):66-75.

6. Trangkasombat U.(2008). ลักษณะทางคลินิกของ ADHD ในเด็กไทย. J Med Assoc Thai ;91(12): 1894-9.

7. Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charnsil, C. & Witoonchart, C. (2005). Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorter. Journal of the MedicalAssociation of Thailand. 88(8). 1062 – 1066.

8. Srimakutphun, N. (2007). The Correlation between Self-Esteem and Parenting Styles of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Attending Child Psychiatric Outpatient Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Retrieved from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University Description.

9. Juengsiragulwit, D., Pityaratstian, N., & Nimnuan, C. (2012). The Efficacy of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Children with ADHD. Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57(1). 19 - 28.
10. Ngamkum, D. & Yunibhan, J. (2013). Relationships Berween Family Factors And Behavioral Problems In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 27(1), 16 – 28.
11. Patjanasoontorn, N., Singkhom-ard, J., Unphrai, P., Srisawat, W., Udomsin, C., & Kittisiriwattanakul, O. (2011). Learning and Behavioral Problems in a Demonstration School Children, Education level 1 (Grade 1 – 3) in Khon Kaen Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 56(4). 345 – 351.
12. Lakanapichitkul, D. (1997). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD. Sukhothai Thammathirat Open University Journal, 10(1), 94 – 101.
13. WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of life Research, 2, https://doi.org/10.1007/ BF00435734
14.กันยา พาณิชย์ศิริ,เบญจพร ตันตสูติ.(2559).การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย;61(3):191-204.
15.พรชนก หิรัญเขว้า.(2564). โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร;41(2):42-52.
16.ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ.(2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson,Nolan,and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD)ฉบับภาษาไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย;59(2):97-110.
17.วรานุช ปิติพัฒน์.(2557). ระเบียบวิธีวิจัยทางทันต แพทยศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. Varni JW, Seid M, Kurtin PS.(2001). PedsQLTM 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care;39:800-12.
19.Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D.(2003). The PedsQLTM 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. Ambulatory Ped ;3:329-341.
20.นิฎย์ฐา ยอดแก้ว. (2556). ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษาทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น . วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,8(2):259-272.
21. Haas. (2000). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. Western Journal of Nursing Research, 21: 728–742.
22.ชนาภา บูรณชาติ. (2560). ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ส่งเสริมความรู้และความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น สำหรับครู. การค้นคว้าการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
23.นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2554). โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
24.อลิสา วัชรสินธุ.(2559).ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.จุฬาลงกรณ์เวชสาร;60(5):535-544.

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Development of guidelines to promote target health product entrepreneurs in Kalasin Province to meet the standards of the Food and Drug Administration

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

กฤช โชติการณ์[1] รัตติยา แดนดงยิ่ง[2] อรนิฏา ธารเจริญ[2]
Krit Chotikan[1] Rattiya Daendongying[2] Ornitha Tharajon[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ภายใต้ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2565 - ธันวาคม 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการผลิตของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน การสัมภาษณ์และกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คือ ผู้ประกอบการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจำหน่ายสินค้าที่มีมาตรฐาน ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ในปี 2565-2566 จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 กลุ่ม ซึ่งแบ่งตามประเภทผู้ขออนุญาต เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 9 กลุ่ม และ 2) บุคคลธรรมดาหรือประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 9 กลุ่ม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่งเสริม จนได้รับอนุญาตแล้วจำนวน 4 กลุ่ม 11 ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นมูลค่า 3,717,000 บาท

คำสำคัญ: แนวทางการส่งเสริม ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstract

This study was participatory action research (PAR) between various stakeholder groups. The implementation period is from June 2022 to December 2023. The objectives are to study the production process of target health product entrepreneurs and study the results of developing guidelines to promote target health product entrepreneurs in Kalasin Province to meet the standards of the Food and Drug Administration. Data were collected from assessment forms, interviews, and group processes. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study results found that entrepreneurs have increased income from selling standard products. This resulted in a total of 18 target groups that were promoted to receive permission in 2022-2023, divided into 2 groups according to the type of applicant: 1) Community enterprise groups, 9 groups, and 2) Individuals or those not classified as factories, 9 groups. The Kalasin Provincial Public Health Office has promoted until 4 groups have received permission for 11 products, totaling 3,717,000 baht.

Keywords: Guidelines for promoting health product entrepreneurs

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
[2] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์การใช้เพื่อสุขภาพอนามัย รวมถึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[1,2]

การประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทยมีขั้นตอนและกฎระเบียบที่ชัดเจน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ที่ออกสู่ตลาดมีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค ขั้นตอนแรกคือการขออนุญาตผลิต ซึ่งผู้ประกอบการต้องยื่นคำขออนุญาตผลิตหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยต้องได้รับใบอนุญาตจาก อย. เช่น ใบอนุญาตผลิตอาหาร (แบบ อ.2) หรือใบอนุญาตนำเข้าผลิตภัณฑ์อาหาร (แบบ อ.7) ตามประเภทของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการผลิตหรือจำหน่าย หลังจากนั้นผู้ประกอบการจะต้องขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ โดยยื่นคำขอรับเลขสารระบบอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องขึ้นทะเบียน เช่น อาหารควบคุมเฉพาะและอาหารที่มีมาตรฐาน นอกจากนี้ ผู้ประกอบการจะต้องรักษามาตรฐานการผลิตและคุณภาพตามที่กำหนด โดยมีเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น สูตรส่วนผสม วิธีการผลิต และรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ทุกชนิดจะต้องมีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมถึงข้อมูลโภชนาการและค่าพลังงาน และหากมีการกล่าวอ้างทางสุขภาพ (Health claim) จะต้องผ่านการประเมินก่อนสุดท้าย อย. จะทำการตรวจสอบสถานที่ผลิตและคุณภาพของผลิตภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ที่ออกสู่ตลาดมีความปลอดภัยและมีคุณภาพตามมาตรฐาน[2,3,4]

จังหวัดกาฬสินธุ์รายได้ต่อหัวประชาชนกรในปี 2560 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 2,465 บาทต่อคนเดือน ซึ่งต่ำกว่าเส้นค่าเฉลี่ยความยากจนของไทยที่อยู่ที่ 2,762 บาทต่อคน/เดือน รายได้มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานของผู้วิจัย เป็นหน่วยงานในระดับภูมิภาคที่มีภารกิจในการส่งเสริมสนับสนุนให้สินค้าด้านสุขภาพจากเกษตรกรวิสาหกิจชุมชน เพื่อให้ได้รับอนุญาตตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่ประสานความร่วมมือเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ และกลุ่มผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย ภายในพื้นที่จังหวัด มีความรู้ความเข้าใจและสามารถยื่นคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพิ่มโอกาสให้กลุ่มเศรษฐกิจฐานรากการเข้าถึงบริการ การให้คำปรึกษาการยื่นคำขออนุญาต และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสอดคล้องตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเอื้อต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรมูลค่าเพิ่ม และสร้างความสามารถในการแข่งขันของเศรษฐกิจฐานราก และส่งผลกระทบเชิงบวก ต่อแผนปฏิบัติการด้านการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG โดยในปี 2564 มีผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาตตามมาตรฐานฯ จำนวน 70 ราย ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 31 ราย ซึ่งมีผู้ประกอบการที่สนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 22 รายประกอบไปด้วย ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากพืชกัญชา กัญชง[3]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกรอบกระบวนการดำเนินการ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ประกอบการมีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานยกระดับมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพและเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการในพื้นที่ โดยคาดหวังว่าจะสามารถสร้างผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัยสำหรับผู้บริโภคได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการผลิตของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ภายใต้ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2565 - ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ และผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย ได้แก่ เกษตรกร วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการ รายย่อย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการปฏิบัติการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเตรียมข้อมูลศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และนำไปสู่การออกแบบการวิจัย 2) การเตรียมผู้ประกอบการผู้ที่เข้าร่วมการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำการวิจัย และกำหนดกลุ่มเป้าหมาย 3) การเตรียมบุคคลสร้างความเข้าใจ กระบวนการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ คือการดำเนินการตามแนวทาง ต้นน้ำ - กลางน้ำ – ปลายน้ำ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการวิจัย กำหนดขั้นตอนการศึกษาในพื้นที่วิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินการ (plan) ประกอบด้วย 1) ระยะต้นน้ำ เป็นการศึกษาเพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของเกษตรกร วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อย เพื่อให้ทราบถึงสถานะของสถานที่ผลิต การพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ นำไปสู่การออกแบบ วางแผนพัฒนาทั้งสถานที่และบรรจุภัณฑ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ประกอบการและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2) ระยะกลางน้ำ นำข้อมูลและการค้นพบในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ มาสรุปและวางแผนในการลงพื้นที่ส่งเสริมพัฒนาผู้ประกอบการ ทั้งในเรื่องของสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ยื่นขอมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3) ระยะปลายน้ำ เป็นการนำชุดข้อมูลที่ได้ศึกษาจากระยะที่ 1 และ 2 มาพัฒนาและยกระดับผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อเพิ่มการจำหน่ายในช่องทางการตลาดอื่นๆ นอกจากการจำหน่ายตรงต่อผู้บริโภค

2. การปฏิบัติ (action) การปฏิบัติตามการวางแผนการดำเนินการวิจัย

3. การสังเกต (observation) การสังเกตการพัฒนาสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ

4. การสะท้อนผล (reflection) การนำผลการสังเกตและการสะท้อนความคิดเห็น โดยผู้ประกอบการต่อผู้วิจัย เพื่อวิเคราะห์ และกำหนดเป็นข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาเรียบเรียง วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลอย่างเป็นระบบ สรุปรายงานบนพื้นที่ข้อมูลที่เป็นจริง และอภิปรายผลเพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

1. แบบตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อใช้ในการวัดผลการพัฒนาสถานที่ผลิต รวมไปถึงการรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์สถานที่ผลิต

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้เป็นการกำหนดการสัมภาษณ์รูปแปปกึ่งทางการ คือมีการกำหนดโครงสร้างของคำถามและสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้กว้างๆ และมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทสถานการณ์

3. การจัดประชุมกลุ่ม เพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความก้าวหน้าการดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินโครงการและแนวทางแก้ไขพัฒนาการดำเนินการต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจประเมินและสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพร้อมทีมผู้ปฏิบัติงานในโครงการ ลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ สังเกต จดรายละเอียดและถ่ายภาพ รวมกับการใช้แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อใช้ประเมินสถานที่ผลิต ของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย

2. การประชุมกลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการจัดเวทีพื้นที่ห้องประชุมในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาและยกระดับผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และทีมผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการขับเคลื่อนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน

ลำดับ	ประเภทผู้รับอนุญาต		รายละเอียดผลิตภัณฑ์		สถานะ		มูลค่ารายได้/ปี (บาท)
	วิสาหกิจชุมชน	บุคคลธรรมดา/ไม่เข้าข่ายโรงงาน	ประเภทผลิตภัณฑ์	ผลิตภัณฑ์	อนุญาต	ยังไม่อนุญาต	
1	1		อาหาร	ปลาส้มตัว	1		3,168,000.00
				ปลาส้มชิ้น	1		
				แหนม	1		

ตารางที่ 1 ผลการขับเคลื่อนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้รับมาตรฐาน

ลำดับ	ประเภทผู้รับอนุญาต		รายละเอียดผลิตภัณฑ์		สถานะ		มูลค่ารายได้/ปี (บาท)
	วิสาหกิจชุมชน	บุคคลธรรมดา/ไม่เข้าข่ายโรงงาน	ประเภทผลิตภัณฑ์	ผลิตภัณฑ์	อนุญาต	ยังไม่อนุญาต	
2	1		อาหาร	ข้าวขาว		1	612,000.00
				ข้าวกล้อง		1	
3		1	อาหาร	ลูกชิ้นเนื้อ		1	8,640,000.00
				ลูกชิ้นหมู		1	
4		1	เครื่องสำอาง	ครีมนวดสมุนไพรสำหรับผมแห้ง	1		201,000.00
				แชมพูสมุนไพรสูตรโบราณ สระหมักนวดในขวดเดียว	1		
				แชมพูสมุนไพร สูตรฟองนุ่ม อ่อนโยน	1		
				ครีมนวดสมุนไพรสูตรโบราณ	1		
				แฮร์สปาทรีทเมนท์สมุนไพร	1		
				แชมพูสมุนไพร สูตรสภาพผมแห้ง	1		
5	1		อาหาร	ขนมข้าวป๊อปไลซ์		1	3,285,000.00
6	1		เครื่องสำอาง	สบู่รังไหม	1		12,000.00
7	1		อาหาร	น้ำตาลก้อน		1	144,000.00
8	1		อาหาร	ข้าวเหนียว/ข้าวสวย		1	99,000.00
9		1	อาหาร	แจ่วบอง		1	3,650,000.00
10	1		อาหาร	กล้วยฉาบ		1	96,000.00
11		1	อาหาร	ไส้กรอก		1	7,300,000.00
12	1		อาหาร	ปลาแห้ง		1	365,000.00
13		1	อาหาร	ปลาร้าทอดทรงเครื่อง		1	1,095,000.00
14		1	อาหาร	ไส้กรอก		1	6,132,000.00
15	1		อาหาร	ปลาแห้งอบ		1	360,000.00
16		1	เครื่องสำอาง	สบู่รังไหม	1		336,000.00
17		1	อาหาร	ซอส ยัมมี่ (ซอสยากิโซบะ)		1	1,200,000.00
18		1	อาหาร	ปลาแปรรูป		1	120,000.00
รวม	9	9		27	11	16	36,815,000.00

จากตารางที่ 1 ผู้ประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ผู้ประกอบการ มีทั้งหมด 18 กลุ่ม ซึ่งแบ่งตามประเภทผู้ขออนุญาต เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 9 กลุ่ม และ 2) บุคคล

ธรรมดาหรือประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 9 กลุ่ม และมีผลิตภัณฑ์สุขภาพ 27 ชนิด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนกระบวนงานในการขับเคลื่อนการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้รับอนุญาต ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น โดยใช้แนวคิด 3P คือ

1. Purpose คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาต

2. Process ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ 2) การพัฒนาสถานที่ 3) การตรวจวิเคราะห์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ 4) การยื่นเอกสารเพื่อขออนุญาต อย. 5) ได้รับอนุญาต

3. Performance คือ ผู้ประกอบการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจำหน่ายสินค้าที่มีมาตรฐาน

ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ในปี 2565-2566 จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 กลุ่ม ซึ่งแบ่งตามประเภทผู้ขออนุญาต เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 9 กลุ่ม และ 2) บุคคลธรรมดาหรือประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 9 กลุ่ม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่งเสริม จนได้รับอนุญาตแล้วจำนวน 4 กลุ่ม 11 ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นมูลค่า 3,717,000 บาท

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับอนุญาต ในปี 2565-2566 จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 กลุ่ม ซึ่งแบ่งตามประเภทผู้ขออนุญาต เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 9 กลุ่ม และ 2) บุคคลธรรมดาหรือประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 9 กลุ่ม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่งเสริม จนได้รับอนุญาตแล้วจำนวน 4 กลุ่ม 11 ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นมูลค่า 3,717,000 บาท เนื่องมาจากผู้วิจัยโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนกระบวนงานในการขับเคลื่อนการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้รับอนุญาต ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น โดยใช้แนวคิด 3P คือ 1) Purpose คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาต 2) Process ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 2.1) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ 2.2) การพัฒนาสถานที่ 2.3) การตรวจวิเคราะห์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ 2.4) การยื่นเอกสารเพื่อขออนุญาต อย. และ 2.5) ได้รับอนุญาต และ 3) Performance คือ ผู้ประกอบการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจำหน่ายสินค้าที่มีมาตรฐาน ตามแนวคิดการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ [6,7] ในการดำเนินการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต อย.นั้น นอกจากเป้าหมาย คือต้องการให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับมาตรฐาน หรือได้รับการอนุญาต อย.แล้วนั้น ยังพิจารณาถึงการยกระดับสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดเป็นสินค้าของจังหวัด (Product Champion) เพิ่มมูลค่าสินค้าในท้องถิ่น ซึ่งการคัดเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งเสริมนั้น มีการพิจารณาถึงการเลือกใช้วัตถุดิบที่มีในจังหวัด หรือเป็นสินค้าที่มีความนิยมในการบริโภคสูง เมื่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งเสริมเหล่านี้ได้รับอนุญาต อย. มีมาตรฐาน ก็จะเกิดการผลักดันให้มีการนาไปใช้หรือจาหน่ายในเส้นทางท่องเที่ยวของจังหวัดกาฬสินธุ์ รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการนาไปใช้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้านนวด ร้านสปา โรงแรม ศูนย์เวลเนส เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มมูลค่าสินค้าให้แก่ผู้ประกอบรายย่อยในจังหวัดเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกันกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ ไท้ทอง.(2567)[8] การพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิด เศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร พบว่า รูปแบบของระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางที่มีองค์ประกอบหลัก จำนวน 7 องค์ประกอบหลัก (BIPSAAP Model) 25 ดัชนีการประเมิน และ 53 รายการประเมิน ได้แก่ 1) ทรัพยากรพื้นฐาน (Basic resources) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการผลิต (Production) 4) บทบาทภาครัฐ (Support of government) 5)

การรักษาและยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Adding quality) 6) ความสามารถในการแข่งขัน (Ability of competition) และ 7) ผลการดำเนินงานขององค์กร (Perspective) แล้วนำรูปแบบที่ได้ไปพัฒนาเป็น คู่มือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบการจัดการธุรกิจเครื่องสำอางตามแนวคิดเศรษฐกิจฐานราก จังหวัดสกลนคร การพิจารณาคู่มือโดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC สูงกว่า 0.5 แสดงถึงเกณฑ์การประเมินที่สอดคล้องกัน และผลการทดลองประเมินกับผู้ประกอบการ พบว่าคู่มือสามารถนำไปใช้กับผู้ประกอบการที่มีโครงสร้างทางธุรกิจเครื่องสำอางที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นจุดบกพร่องและแนวทาง แก้ไขในการดำเนินธุรกิจเพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก. (2565)[9] การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จในยุคเน็กซ์นอร์มัล สานักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า มีประเด็นพัฒนา 4 ด้านหลัก คือ 1. ด้านการบริการเพิ่มช่องทางการบริการ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการบริการ ลดขั้นตอนและเอกสารที่ไม่จาเป็น 2. ด้านภูมิทัศน์และสิ่งอานวยความสะดวก เพิ่มสิ่งอานวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการ 3. ด้านการให้คาปรึกษา จัดเจ้าหน้าที่และระบบสารสนเทศพร้อมในการให้คาแนะนาปรึกษา 4. ด้านการเงิน เพิ่มช่องทางการชาระเงินหลากหลายรูปแบบมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์ และคณะ (2565)[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล. ซึ่งผลการศึกษาได้รูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลดิจิทัลของงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่เรียกว่า FDA Chainat GECC Smart Model สามารถเป็นต้นแบบให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกที่พัฒนาระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น และผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบข้อมูล พบว่า กลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับกระบวนการผลิตและมาตรฐานที่ต้องปฏิบัติตาม รวมถึงการจัดทำเอกสารขออนุญาต โดยเฉพาะในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนและบุคคลธรรมดา เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง

2. การส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายระหว่างผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ รวมถึงการทำงานร่วมกันในการตลาด

3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ประกอบการได้รับอนุญาต เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาผลิตภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมและป้องกันการกระจายของผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาเครือข่าย กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.(2556). คู่มือการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น. กรุงเทพ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
2. พัชราพรรณ กิจพันธ์.(2563). หลักการจำแนกผลิตภัณฑ์สุขภาพและแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์คาบเกี่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศ. วารสารอาหารและยา. 27(1). 1-7

3. กองอาหาร.(2566). การขออนุญาตผลิตภัณฑ์. [ออนไลน์] https://food.fda.moph.go.th/for-entrepreneurs/product-register1 สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567
4. กองผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรมและบริการ.(2566). คู่มือการขออนุญาต. [ออนไลน์] https://innovative.fda.moph.go.th/permission-manual สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2564). รายงานการขออนุญาต
6. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล.(2561). บทความเรื่อง Medication Reconciliation ผ่านแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance). ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2556). HA update 2013. กรุงเทพ:หนังสือดีวัน, 2556;หน้า 41-45.
8. กิตติศักดิ์ ไท้ทอง.(2567). การพัฒนารูปแบบผู้ประกอบการผลิตเครื่องสำอางจากสมุนไพรตามแนวคิด เศรษฐกิจฐานราก : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 4(1). 115-33
9. รังสรรค์ วงษ์บุญหนัก.(2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จในยุคเน็กซ์นอร์มัล สานักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 3(2).
10. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์ กฤษดา ดำขำ อรุณรัตน์ อรุณเมือง.(2565). การพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31(4). 699-712

ผลการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

The Results of using risk communication approaches on cardiovascular disease risk among chronic disease patients at Krai Nok Subdistrict Health Promotion Hospital, Kong Krailat District, Sukhothai Province

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ชัญญา ดิษเจริญ[1]
Chanya Ditcharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre and post test research design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรค ที่มีค่าไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่มารับบริการ เดือนกรกฎาคม 2565 – มิถุนายน 2566 จำนวน 50 คน อายุ 40 - 59 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความเสี่ยง แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อโปสเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิตพรรณา ร้อยละ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงด้านไขมันโคเลสเตอรอล และโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังได้รับการสื่อสารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกัน
คำสำคัญ: แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This study aimed to the effect of using risk communication approaches on the risk of cardiovascular disease in chronic disease patients. This research was a quasi-experimental research with a one-group pre and post test research design. The sample consisted of 50 diabetic patients, hypertensive patients, and patients with both diseases with blood cholesterol levels greater than or equal to 200 milligrams per deciliter who received services from July 2022 to June 2023, aged 40-59 years, who received services at Krai Nok Subdistrict Health Promotion Hospital. 42 people were specifically selected. The research instruments were a general data recording form, a risk recording form, risk communication approaches, and poster media. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, numbers, means, standard deviations, and Wilcoxon Signed-rank test.

The results of the research found that the risk of cholesterol and the risk of cardiovascular disease before and after receiving the communication were significantly different at a statistical level of 0.05. Blood pressure and blood sugar levels were not different.
Keywords: Risk communication approach, Cardiovascular risk, Chronic disease patients

[1] พย.ม (การพยาบาลสตรี) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก จังหวัดสุโขทัย

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non communicable disease, NCDs) ที่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด *(cardiovascular diseases)* เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี 2559-2561 เท่ากับ 503.67, 501.41 และ 515.91 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 451.39, 467.46 และ 506.20 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนจังหวัดสุโขทัยพบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี 2559-2561 เท่ากับ 371.11, 368.70 และ 389.87 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 435.57, 469.01 และ 467.51 ต่อแสนประชากร ซึ่งยังมีอัตราที่น้อยกว่าภาพรวมของประเทศ แต่มีแนวโน้มอาจจะสูงขึ้นได้[1]

ตำบลไกรนอกมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสม ปี 2563-2564 จำนวน 31ราย อัตราป่วยเท่ากับ 596 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 25 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 739 ต่อแสนประชากร อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของตำบลไกรนอก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-88 ปี เพศหญิงร้อยละ 54.83 มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 ราย และส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการดูแลรักษา ส่วนข้อมูลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 54-88 ปี เพศหญิงร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง[2] ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานของตำบลไกรนอก ปี 2563-2565 พบร้อยละ 6.28, 7.13 และ 7.57 ตามลำดับ ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 12.05, 12.26 และ 12.63 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ เช่น ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด การอักเสบของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงแข็ง เป็นต้น[3]

การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากการที่เส้นเลือดแดงเกิดภาวะแข็งตัว (Atherosclerotic Cardiovascular Diseases: ASCVD) ส่งผลให้เกิดการอุดตันในเส้นเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาทางคลินิกพบว่าระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) และไลโพโปรตีน (lipoprotein) ในกระแสเลือดที่มีโคเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบได้แก่ ไขมันแอลดีแอล (LDL) และไขมันเอชดีแอล (HDL) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerotic cardiovascular diseases, ASCVD) โดยไขมันแอลดีแอลเป็นปัจจัยหลักในการเกิด ASCVD ผู้ที่สามารถควบคุมโคเลสเตอรอลให้อยู่ในระดับนี้ จะทำให้มีโอกาสเกิด ASCVD ที่ค่อนข้างน้อย นอกจากนี้มีปัจจัยอื่น (risk enhancing factors) ที่อาจส่งเสริมให้เกิดภาวะ ASCVD ได้แก่ ประวัติครอบครัว โรคไตวายเรื้อรัง และภาวะ อ้วนลงพุง สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาได้กำหนดแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ASCVD เพื่อการดูแลจัดการที่เหมาะสม คือผู้ที่มีโรคประจำตัว และมีอายุตั้งแต่ 40-75 ปีทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงทุก 10 ปี (10-year ASCVD risk) เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติอาจนำไปสู่ ASCVD นอกจากนี้อาจพิจารณาทางเลือกในการประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ประเทศไทยได้ประยุกต์โดยประเมินความเสี่ยงโดยใช้โปกรแกรม (Thai CV risk score) และการป้องกันเน้นการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ ผักใบเขียว ธัญพืช และปลา ผู้ที่น้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนควรได้รับคำปรึกษาเพื่อลดน้ำหนัก ผู้ที่สูบบุหรี่ควรได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่[4]

การส่งเสริมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรค หัวใจและหลอดเลือด นับว่าเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากต้องอาศัยความตระหนัก การมีส่วนร่วมของบุคคล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสื่อสารเป็นกระบวนการถ่ายทอดสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยผ่านช่องทาง ต่างๆ เพื่อให้ผู้รับสารได้รับรู้สารร่วมกัน มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อกัน และเข้าใจอย่างเดียวกัน ทั้งนี้อาจจะใช้กระบวนการสื่อสารที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมหรือความจจำเป็นของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม การสื่อสารความเสี่ยง ว่าหมายถึง การติดต่อสื่อสาร เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็นระหว่างผู้ประเมินความเสี่ยง (risk assessor) ผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) ถึงผู้รับสารหรือผู้ที่อยู่ในความเสี่ยง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง และแม่นยำ การสื่อสารความเสี่ยง มีอยู่ในทุกกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ซึ่งใช้การสื่อสารระบบสองทาง (Two-way Communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่ผู้รับสาร มีการตอบสนอง และมีปฏิกิริยาป้อนกลับไปยังผู้ส่งสาร สามารถโต้ตอบ ปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดกันได้ เน้นการมีส่วนร่วม คิดวิเคราะห์ คำนึงถึงความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง จะมีความเข้าใจความเสี่ยงของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ส่วนผู้ให้บริการจะได้รับฟัง และเข้าใจ ความตระหนัก และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตรงกับปัญหา สร้างความเชื่อถือเชื่อมั่น และประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงจะต้องมีการประเมินตั้งแต่การเริ่มต้นสื่อสารและตลอดเวลาของการสื่อสาร[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล ของกรมควบคุมโรค เกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงสุขภาพ (Risk Healthy) ได้แนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงมีการตรวจเช็คความเสี่ยงของตนเอง 7 ข้อ (Check Life's Simple 7) แบบประเมินได้รับการออกแบบโดยสมาคมหัวใจอเมริกัน โดยมีเปาหมาย เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่าโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม[1] การประเมินความเสี่ยงของตนเอง จะนำไปสู่การประเมินโอกาสเสี่ยงต อโรคหัวใจและหลอดเลือดรายบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับในประเทศไทยมีการใช้ตารางสี และโปรแกรม (Thai CVD risk) ที่พัฒนาโดยคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีความสะดวกในการใช้ในการประเมินโอกาสเสี่ยง ภายหลังการประเมินจะจำแนกโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ อัมพาต (stroke) ใน 10 ปข างหนา ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงต่ำหรือน้อยกว่าร้อยละ 10 เสี่ยงปานกลางหรือร้อยละ 10-20 เสี่ยงสูงร้อยละ 20-30 เสี่ยงสูงมากหรือร้อยละ 30-40 และสูงอันตรายหรือ

ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจะต้องมีการสื่อสารแลกเปลี่ยน เน้นการมีส่วนร่วม คิดวิเคราะห์ และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด จากแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา[6] เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากการรับรู้ ความสามารถจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะใช้ความพยายามในการแสดงพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรมใหม่ ปี 2565 ตำบลไกรนอกมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมดจำนวน 4 ราย และหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน 8

ราย และมีภาวะพึ่งพิง 2 ราย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้มีแนวทางการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการสื่อสารความเสี่ยง 7 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมการสื่อสารความเสี่ยง มีกระบวนการ คือ 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจความเสี่ยงของตนเอง 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (Risk management) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางที่จะจัดการทำให้ความเสี่ยงลดลง 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Risk monitor) การนัดติดตาม การเสริมพลัง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยควบคุมความเสี่ยงด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง ต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย โคเลสเตอรอล น้ำตาลในเลือด โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre and post test research design)

กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรค ที่มีค่าไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่มารับบริการ เดือนกรกฎาคม 2565 – มิถุนายน 2566 จำนวน 50 คน อายุ 40 - 59 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ประกอบด้วยการกำหนดค่าเริ่มต้นด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .5 ระดับนัยสำคัญค่าอัลฟาหรือ α ที่ .05 และ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) เท่ากับ 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบบันทึก นคร สุขภาพ
3. แบบบันทึก Life’s Simple 7
4. โปรแกรม Thai CVD risk score

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แนวทางการสื่อสารโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยปรับจากแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (Risk management) และการกำกับติดตาม มีขั้นตอนในการให้บริการทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงด้วยสื่อสาร “Life’s Simple 7” กิจกรรม ประกอบด้วยการสอบถาม การฟัง พูด อ่าน ถามย้อนกลับ โดยใช้สื่อโปสเตอร์ ใช้เวลาครั้งละ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง กิจกรรม ประกอบด้วยการสอบถาม การฟัง พูดโต้ตอบ ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ติดตาม เปรียบเทียบความเสี่ยงที่ผ่านมาและปัจจุบัน ในเดือนที่ 3, 6, 9 และ 12

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยใช้แนวทางการสื่อสารที่ผู้วิจัยปรับมาจากแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดของสำนักโรคไม่ติดต่อ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลของการสื่อสารต่อโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank test

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปขอกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.81 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 26.19 มีอายุระหว่าง 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.63 อายุเฉลี่ย 53.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.09 อายุน้อยที่สุด 40 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.33 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.80 กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.95 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 88.10

จำนวน ร้อยละความเสี่ยง นคร 2ส ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 67.45 กิโลกรัม และหลังเข้าร่วมมีน้ำหนักเฉลี่ย 66.45 กิโลกรัม รอบเอวก่อนเข้าร่วมเฉลี่ย 92.28 เซนติเมตร และหลังการเข้าร่วม 92.28 เซนติเมตร

ค่าความดันโลหิตซิลโตลิค (ตัวบน) และไดเอสโตลิค พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าบน เท่ากับ 128 มิลลิเมตรปรอท หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 127 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 74 มิลลิเมตร หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 75 มิลลิเมตรปรอท

ค่าดัชนีมวลกาย BMI พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 26.62 กก.ต่อตารางเมตร และหลังการเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 26.11 กก. ต่อตารางเมตร

ค่าโคเลสเตอรอล พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอล 211 มก.ต่อเดซิลิตร และหลังการเข้าร่วม มีค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอล 183 มก.ต่อเดซิลิตร

ค่าน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 98 มก.เปอร์เซ็นต์ และหลังเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 94 มก. เปอร์เซนต์

ค่าความเสี่ยงโอกาสโรคหลอดเลือด CVD Risk พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดร้อยละ 7.87 และหลังการเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 6.64 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี

ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ความดันโลหิตและระดับไขมันโคเลสเตอรอลก่อนและหลังการได้รับการสื่อสาร

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ความดันโลหิต และระดับไขมันโคเลสเตอรอลก่อนและหลังการได้รับการสื่อสาร Wilcoxon signed ranks test (n=42)

ประเด็น	ก่อนได้รับการสื่อสาร			หลังได้รับการสื่อสาร			Asymp.Sig (2-tailed)
	$\bar{x}$	S.D	Mean Rank	$\bar{x}$	S.D	Mean Rank	
โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)	7.87	4.71	21.72	6.64	3.87	20.56	.000
ความดันโลหิตซิสโตลิค	28	13.31	19	127	12.60	23.82	.74
ความดันไดแอสโตลิค	74	9.20	20.18	75	10.08	20.74	.36
ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	211	35.04	22.99	183	36.04	15.19	.000

จากตารางพบว่า

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการสื่อสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค (ค่าบน) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการสื่อสาร ไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิค (ค่าล่าง) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการสื่อสาร ไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าโคเลสเตอรอล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการสื่อสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการและสามารถควบคุมความเสี่ยงได้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ได้แก่ น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ค่าโคเลสเตอรอล ค่าน้ำตาลในเลือด และโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งภายหลังการทดลองมีค่าที่ลดลง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดความพยายามที่จะควบคุมความเสี่ยงเหล่านี้ด้วยการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามภายหลังการทดสอบด้วยสถิติพบว่า ค่าโคเลสเตอรอล และค่าโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลเชียงคำ พบว่าความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเสี่ยงระดับสูงลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงที่ลดลง จึงทำให้โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงเช่นกัน กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเสี่ยงของตนเองบางส่วน จึงทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ทั้งนี้คาดว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีพฤติกรรมภาพรวมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก และรอบเอว ภายหลังการทดลองมีค่าลดลง ร่วมกับมีกิจกรรมทางกายเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรต้องใช้แรงในการประกอบอาชีพ ส่วนปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่

อายุ 55- 59 ปี ร้อยละ 47.63 คาดว่าโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นเช่นกัน เพราะอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเสี่ยงของโรค อย่างไรก็ตามการสื่อสารความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีส่วนช่วยสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน รวมถึงการทำความเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายใต้ข้อมูลเหล่านั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเข้าใจและหาวิธีที่จะทำให้ความเสี่ยงของตนเองลดลง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการในคลินิก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และแรงจูงใจมากขึ้น สามารถปรับใช้ได้ทั้งกลุ่มป่วย และกลุ่มปกติ ในการสร้างความรอบรู้สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมของกลุ่มปกติในการป้องกันความเสี่ยงหรือกลุ่มป่วยที่มีความจำเป็นในการปรับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างและผลลัพธ์จากการสื่อสารที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงลดลง เพื่อใช้ในการปรับปรุงแนวทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้น 28 ธันวาคม 2563 จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2565). ระบบรายงานสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเข้าถึงได้จาก: https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b 15 พฤษภาคม 2565.

3. John R. Petrie, MD, PhD, Tomasz J. Guzik, MD, PhD, and Rhian M. Touyz, MD, PhD (2018). Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Available:https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5953551/ May 15, 2022.

4. สุกิจ แย้มวงค์.(2016). โครงการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. 2016[cited2016Oct28] เข้าถึงได้จาก: URL:http://wwwthainhf.ore:/document/rescarch/research 15 พฤษภาคม 2565.

5. จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วารสารพยาบาลศาสตร์ 40(13) กรกฎาคม - กันยายน 2565.

6. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company. Available: May 15, 2022.

7. นงค์ลักษณ์ เทพประเสน (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 12(2).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T

Developing a model for personnel participation in driving the Nakhon Pathom Provincial Public Health Office towards becoming a high performance organization Ministry of Public Health MoPH-4T.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย[1]
Supaporn Liangamnuay[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของบุคลากร และศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและสัมภาษณ์จากผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 11 คน บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 35 คนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 159 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ independent sample t test, one-way ANOVA, และ paired t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า (1) ความต้องการของบุคลากรในการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.4 (mean = 151.95, SD = 13.53) (2) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยรูปแบบฯ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (mean = 4.47, SD = .29) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.36, SD = .28) (3) ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ส่งผลให้บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การองค์กรสมรรถนะสูง จาก 112.28 คะแนน (SD = 20.46) เพิ่มขึ้นเป็น 164.65 คะแนน (SD = 19.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001) และคะแนนผลการประเมินเป็นองค์กรสมรรถนะสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 ซึ่งเป็นองค์กรกำลังพัฒนา เป็นร้อยละ 90.00 ซึ่งเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง และ (4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.3 (mean = 147.57, SD = 13.17)

คำสำคัญ: องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T, การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

Abstract

Participatory action research aimed to study the needs of personnel and study the participation patterns of personnel in driving the organization to be a high-performance organization. Ministry of Public Health MoPH-4T collected data from questionnaires and interviews with 11 executives and heads of work groups, 35 personnel of the Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, and 159 stakeholders. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Hypotheses were tested using independent sample t test, one-way ANOVA, and paired t test. The statistical significance was set at .05.

The results of the study found that (1) the needs of personnel in making the Nakhon Pathom Provincial Public Health Office a high performance organization Ministry of Public Health MoPH-4T was at a high level, 92.4 percent (mean = 151.95, SD = 13.53). (2) Participation model in driving the organization to be a high performance organization Ministry of Public Health MoPH-4T includes participation in decision making, participation in implementation, participation in benefits, and participation in evaluation. The model was

[1] นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

appropriate at the highest level (mean = 4.47, SD = .29) and had the possibility of being used at the highest level (mean = 4.36, SD = .28). (3) After the development of the model as a result, personnel's average participation score in driving towards a high performance organization increased from 112.28 points (SD = 20.46) to 164.65 points (SD = 19.35) with statistical significance at the .01 level (p- value < .001). And the evaluation score for being a high performance organization increased from 70.00 percent, which was a developing organization, to 90.00 percent, which was a high performance organization. And (4) stakeholders were satisfied with being a high performance organization for high level, 94.3 percent (mean = 147.57, SD = 13.17).

Keywords: High Performance Organization, Ministry of Public Health, MoPH-4T, Development of Participation Model, Nakhon Pathom Provincial Public Health Office

บทนำ

รัฐบาลมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศ ด้วยยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 เพื่อพัฒนาไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ที่มีการขับเคลื่อนโครงสร้างเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม ดังนั้นระบบราชการไทยจึงต้องมีการพลิกโฉมและปฏิรูปเพื่อให้สอดรับกับบริบทที่กำลังจะเกิดขึ้น จากการเป็นประเทศไทย 4.0 ต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการโดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อสร้างนวัตกรรมภาครัฐในการยกระดับไปสู่ “ระบบราชการ 4.0” ที่มีการทำงานเปิดกว้างและเชื่อมโยงถึงกัน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย โดยอาศัยปัจจัยหลักสำคัญคือ การสานพลังทุกภาคส่วน (Collaboration) การสร้างนวัตกรรม (Innovation) และการปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัล (Digitalization) ทั้งนี้ต้องทำงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาลเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นหลักเพื่อให้สามารถเป็นที่ไว้วางใจและเป็นที่พึ่งพิงได้ของประชาชน[1]

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ เป็นที่พึ่งและไว้วางใจของประชาชน โดยบุคลากรมืออาชีพ มีเป้าหมายหลักคือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยขับเคลื่อนด้วยค่านิยม MOPH ได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในปีงบประมาณ 2566 - 2568 จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เป็นตัวชี้วัดด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร โดยกำหนดมาตรการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง ดังนี้ T1: Trust หมายถึง การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย T2: Teamwork & Talent หมายถึง การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และ Result : ผลลัพธ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย Quality : องค์กรมีคุณภาพ Acceptability : การยอมรับของสังคม ชุมชน หรือผู้รับบริการ และ Efficiency : การวัดประสิทธิภาพ[2]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หรือ สสจ.นครปฐม ได้ตอบสนองนโยบายการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ดังจะเห็นได้จากวิสัยทัศน์ที่ว่า คนนครปฐม สุขภาพดี องค์กรมีมาตรฐาน คนทำงานมีความสุข ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ภายในปี 2570 โดยขับเคลื่อนด้วยค่านิยม MOPH-NP ประกอบด้วย M=Mastery คือเป็นนายตัวเอง O=Originality คือเร่งสร้างสิ่งใหม่ P=People centered approach คือใส่ใจประชาชน H=Humility คือถ่อมตนอ่อนน้อม N=Network คือมีเครือข่าย P=Participation คือการมีส่วนร่วม แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาบุคลากรยังขาดความชัดเจนในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินงาน และยังมองไม่เห็นประโยชน์ของการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงเท่าที่ควร ประกอบกับยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม[3] ผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของ สสจ.นครปฐม จึงได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม สู่การ

เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำงานเป็นทีมอย่างมีความสุขในการพัฒนางานให้เกิดคุณค่า ประชาชนมีความไว้วางใจ และเป็นองค์กรที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อไป โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1981)[4]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของบุคลากรในการให้ สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ สสจ.นครปฐม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธีแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการของบุคลากรในการให้ สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประชากรคือบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ใน สสจ.นครปฐม จำนวน 149 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่ และมอร์แกน[5] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 108 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 119 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อบุคลากร

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการให้ สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งระดับความต้องการเป็น น้อยที่สุด = 1 คะแนน น้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน[6] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3[7] แปลผลดังนี้ น้อย = 35.00–86.66 คะแนน, ปานกลาง= 86.67–133.32 คะแนน, มาก = 133.33–175.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และผลจากการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[8] ได้เท่ากับ 0. 903

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ independent-samples t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และ 2) หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ.นครปฐม รวม 11 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ประกอบด้วยคำถามดังนี้ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ควรมีรูปแบบอย่างไรในด้าน 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดลองใช้กับผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 3 คน ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในข้อคำถามเป็นอย่างดี

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992)[9] ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง และการสรุปและรายงานการวิจัย โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบการ มีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงจำนวน 9 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบ และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบในการนำไปใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนารูปแบบฯ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำรูปแบบไปใช้ขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม ทั่วทั้งองค์กรสู่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยใช้ระยะเวลา 4 เดือน

3. ระยะที่ 3

3.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T

3.1.1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (quasi-experimental research: one group, pre-test and post-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการขับเคลื่อนสสจ.นครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4Tกลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรที่มีระดับคะแนนในภาพรวมความต้องการให้ สสจ.นครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก 35 ลำดับแรก และสมัครใจเข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยอยู่ในกระบวนการทดสอบประสิทธิผลฯ เป็นเวลา 4 เดือน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น น้อยที่สุด = 1 คะแนน น้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน[6] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3[7] แปลผลดังนี้ น้อย = 35.00–86.66 คะแนน, ปานกลาง = 86.67–133.32 คะแนน, มาก = 133.33–175.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ข้างต้นแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.80 คะแนน, น้อย = 1.81–2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61–3.40 คะแนน, มาก = 3.41–4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21–5.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และผลจากการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[8] ได้เท่ากับ .927

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.2 การเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวง

สาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย 1) Trust: การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากร และเครือข่าย จำนวน 5 ข้อ 2) Teamwork & Talent: การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี จำนวน 5 ข้อ 3) Technology: การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพและบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน จำนวน 2 ข้อ 4) Target : การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง จำนวน 2 ข้อ และ 5) Result: ผลลัพธ์ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 = 20 คะแนน ระดับที่ 2 = 40 คะแนน ระดับที่ 3 = 60 คะแนน ระดับที่ 4 = 80 คะแนน ระดับที่ 5 = 100 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

3.1.3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ สสจ.นครปฐม ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขประจำหน่วยงานภายใต้สังกัด สสจ.นครปฐม ซึ่งเป็นผู้รับผลงานโดยมีหน้าที่ประสานการดำเนินงานเพื่อรับนโยบายจาก สสจ.นครปฐม สู่การปฏิบัติในหน่วยงาน/พื้นที่ ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง รวม 120 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 อำเภอ รวม 51 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 98 คน รวมทั้งสิ้น 270 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่ และมอร์แกน[5] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 159 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อบุคลากร

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น น้อยที่สุด = 1 คะแนน น้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน[6] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3[7] แปลผลดังนี้ น้อย= 35.00–86.66 คะแนน,ปานกลาง = 86.67–133.32 คะแนน, มาก = 133.33–175.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ข้างต้นแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.80 คะแนน, น้อย = 1.81–2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61–3.40 คะแนน, มาก = 3.41–4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21–5.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และผลจากการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[8] ได้เท่ากับ 0.914

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ independent-samples t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฯ

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตามใบรับรองเลขที่ 9/2567 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1

พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรใน สสจ.นครปฐม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 มีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี อายุราชการเฉลี่ย 18.08 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 55.5 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 72.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานในสสจ.นครปฐมเฉลี่ย 11.72 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.3 รับรู้วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร ร้อยละ 80.7 รับรู้นโยบายองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวง

สาธารณสุข MoPH-4T ร้อยละ 68.9 และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานเพื่อองค์กรอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.6

ความต้องการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.4 (mean = 151.95, SD = 13.53) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรต่างกัน รับรู้นโยบายองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ต่างกัน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานใน สสจ.นครปฐม ต่างกัน มีความต้องการให้ สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001, .003 และ .02 ตามลำดับ)

จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อค้นพบที่ได้ไปประกอบการพิจารณาสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนต่อไป

ระยะที่ 2

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผนวกกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1981)[4] จึงได้ยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย รูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รูปแบบการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และรูปแบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วย การเข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบนโยบายการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 เกณฑ์ PMQA 4.0 รับการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ปรัชญา อุดมการณ์ร่วม และค่านิยม MOPH-NP เพื่อกำหนดภาพอนาคตขององค์กร เสนอแนวทางการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH-NP แต่ละด้านการกำหนดแนวทางการสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย การทำงานเป็นทีมและสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี การวางแผนพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลสนับสนุนนโยบายรัฐบาลดิจิทัล การกำหนดเป้าหมายคนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และบุคลากรทุกคนยอมรับการเปลี่ยนแปลง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้รับบริการและวางแผนตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การปฏิบัติตามปรัชญา ค่านิยม อุดมการณ์ร่วม วิสัยทัศน์ และพันธกิจ และค่านิยม MOPH-NP การทำงานอย่างเปิดเผย โปร่งใส การทำงานเชิงรุก การแบ่งปันข้อมูล การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการข้อมูล การปรับรูปแบบการทำงานให้คล่องตัวรองรับการประสานงานแนวราบและในลักษณะเครือข่าย การสนับสนุนให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วม ถ่ายโอนภารกิจไปดำเนินการแทนได้ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การมีความคิดริเริ่มใหม่ๆ และมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการทำงานที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การสร้างผลงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี การใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการครองตน ครองคน ครองงาน การใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า และคุ้มค่า การยกย่องให้เกียรติคนดีและมีความซื่อสัตย์สุจริต และการสนับสนุนบุคคลต้นแบบ/บุคคลที่มีพรสวรรค์/บุคคลที่มีผลงานโดดเด่น การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายมาร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชน การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชนนักปฏิบัติ การเพิ่มพูนทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานจากตั้งรับสู่การทำงานเชิงรุก และร่วมขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย การได้รับองค์ความรู้ใหม่ๆ มีทักษะและประสบการณ์ในการทำงานเพิ่มมากขึ้น การที่

บุคลากรได้รับคำชื่นชมยกย่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การที่สสจ.นครปฐม มีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับและได้รับความไว้วางใจสังคม/ชุมชน ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การที่บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH-NP การลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระ ลดการสูญเสียเวลา การทำงาน มีความราบรื่น เกิดการประสานงานในแนวราบมากขึ้น เกิดการเรียนรู้งานซึ่งกันและกัน การทำงานมีความสะดวกรวดเร็วและคล่องตัว และการที่บุคลากรมีความสมดุลในการทำงานและการดำเนินชีวิต สามารถจัดสรรเวลาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุขในการทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินตนเองตามนโยบายการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 เกณฑ์ PMQA 4.0 การประเมินผลการปฏิบัติตามปรัชญา ค่านิยม อุดมการณ์ร่วม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม MOPH-NP การสำรวจความพึงพอใจและการตอบสนองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับผลงาน ประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลิตภาพระหว่างการทำงานในรูปแบบเดิมกับการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ

ผู้วิจัยได้นำยกร่างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (mean = 4.47, SD = .29) และรูปแบบมีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.36, SD = .28) ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบไปใช้ใน สสจ.นครปฐม ทั่วทั้งองค์กรเป็นเวลา 4 เดือน

2. คะแนนผลการประเมินเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 ซึ่งเป็นองค์กรกำลังพัฒนา เป็นร้อยละ 90.00 ซึ่งเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ Trust: การสร้าง

ระยะที่ 3

1. พบว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 (mean = 112.28, SD = 20.46) ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.4 (mean = 164.65, SD = 19.35) โดยพบว่า ด้านการสร้างความไว้วางใจ แก่ประชาชน บุคลากรขององค์กรและเครือข่าย ทำงานและดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นในคุณธรรม และจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (mean = 4.83, SD = .56) ผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี ได้แก่ ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และมีการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมอยู่เสมอ (mean = 4.80, SD = .58) ด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ ได้แก่ บุคลากรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มความรวดเร็วในการสื่อสารในการให้บริการประชาชนผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (mean = 4.69, SD = .63) และด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมายคนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ บุคลากรยินดีและให้ความร่วมมือเมื่อผู้บริหารมีการนำองค์กรที่มุ่งเป้าหมายคนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (mean = 4.74, SD = .61

สรุป ภายหลังการพัฒนารูปฯ ส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001)

ความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากร และเครือข่าย โดยก่อนการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนร้อยละ 64.00 ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ คะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.00

3. ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 อายุเฉลี่ย 48.03 ปี อายุราชการเฉลี่ย 24.41 สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.1 ระดับตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 44.7 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 47.2 รับทราบวิสัยทัศน์ พันธกิจของ สสจ.นครปฐม ร้อยละ 92.5 รับทราบนโยบายการพัฒนาเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ร้อยละ 88.1 และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานเพื่อองค์กร ร้อยละ 98.1

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ สสจ.นครปฐม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.3 (mean = 147.57, SD = 13.17) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สสจ.นครปฐม มีการปรับปรุงพัฒนาอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีความปลอดภัยในการทำงานเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ และเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน (mean = 4.33, SD = .52) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ สสจ.นครปฐม สร้างสรรค์นวัตกรรม มีความคิดริเริ่มและมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการทำงานที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (mean = 4.13, SD = .50) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับทราบวิสัยทัศน์ พันธกิจของ สสจ.นครปฐม และรับทราบนโยบายพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ สสจ.นครปฐม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value = .001 และ < .001 ตามลำดับ)

ผู้นำและสมาชิกองค์ของกรมแพทย์ทหารบกมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีความผูกพันต่อองค์กรในการขับเคลื่อนกรมแพทย์ทหารบกเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง

สรุปและอภิปรายผล

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้ สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ของ สสจ.นครปฐม ที่ว่า คนนครปฐมสุขภาพดี องค์กรมีมาตรฐาน คนทำงานมีความสุข ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ภายในปี 2570 โดยขับเคลื่อนด้วยค่านิยม MOPH-NP[3] โดยจะส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การดำเนินงาน รับรู้ประโยชน์ของการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง และมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษณีย์ ยศทอง[10] ที่พบว่าผู้นำและบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช มีวัฒนธรรมยอมรับการเปลี่ยนแปลงในองค์กรโดยพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่องค์กรพยาบาลสมรรถนะสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ธิปัตย์ และคณะ[11] ที่พบว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีความผูกพันต่อองค์กรในการขับเคลื่อนกรมแพทย์ทหารบกเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วยรูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รูปแบบการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และรูปแบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen & Uphoff[4] ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วม หมายถึงสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดังนั้นบุคลากรของ สสจ.นครปฐม จึงร่วมตัดสินใจ ดำเนินงาน รับผลประโยชน์ และประเมินผลตามเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนซึ่งขับเคลื่อนด้วยค่านิยมเป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม ผนวกกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (MOPH-NP)

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติศักดิ์ สุทธหลวง[12] ที่พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมด้านวิชาการของโรงเรียนดีประจำตำบล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาน่าน เขต 2 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และ (4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และร่วมรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ อนุอันต์[13] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช ทัศบุตร และอรนุช ประดับทอง[14] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ พันสวรรค์[15] ที่พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล และการศึกษาของ ดวงเดือน วินิจฉัย และคณ[16] พบว่ารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมวางแผน 2) ร่วมตัดสินใจ 3) ร่วมปฏิบัติ 4) ร่วมประเมินผล และ 5) ร่วมรับผลประโยชน์

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3

ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก คะแนนผลการประเมินเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 ซึ่งเป็นองค์กรกำลังพัฒนา เป็นร้อยละ 90.00 ซึ่งเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การปรับปรุงพัฒนาอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีความปลอดภัยในการทำงานเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ และเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจดังกล่าวสอดคล้องกับการใช้รูปแบบฯ ที่ส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่องค์กรสมรรถนะสูงมากขึ้น ประกอบกับการที่ผู้บริหารมีนโยบายให้บุคลากรปฏิบัติตามค่านิยม MOPH-NP เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนไปสู่การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ การทำงานที่มุ่งเป้าหมายคนทำงานมีความสุข และองค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง ประกอบด้วย ความเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของสังคม ชุมชน และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ตลอดจนทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนกิจ ยงยุทธ และคณะ[17] ที่พบว่าการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์การสมรรถนะสูงของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ[18] ที่พบว่าวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีการบริหารสู่องค์กรสมรรถนะสูง

อยู่ในระดับมาก องค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล คือผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ บุคลากรมีศักยภาพสูง มีผลิตภาพ และนวัตกรรมสร้างสรรค์ มีศักยภาพในการแข่งขัน และมีการบริหารจัดการที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ สีกำ และคณะ[19] ที่พบว่าแนวทางการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทำงานเป็นทีม การประสานงานที่รวดเร็ว เสริมสร้างขวัญกำลังใจ และให้โอกาสความก้าวหน้า และมีแนวทางการประสานการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากร พละสาร[20] ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ ไชยประสิทธิ์[21] ที่พบว่าการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเป็นองค์กรที่ขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาผลปฏิบัติงานและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบการปรับปรุงคุณภาพทั้งองค์กร มุ่งเน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทั่วทั้งองค์กรมีการปฏิบัติตามค่านิยมองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามค่านิยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงอย่างยั่งยืน

2. ควรมีมาตรการในการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย โดยเฉพาะการส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำงานและดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นในคุณธรรม และจริยธรรมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงพัฒนาอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมขององค์กรเพื่อให้มีความปลอดภัยในการทำงานเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ และเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงานอย่างยั่งยืน

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดีอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการส่งเสริมให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และมีการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมอยู่เสมอ

4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และสร้างบริการที่มีคุณค่า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน มีการสื่อสารภายในองค์กรที่รวดเร็ว แม่นยำ โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มความรวดเร็วของการสื่อสารในการให้บริการประชาชนผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

5. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรการทำงานที่มุ่งเป้าหมายคนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง โดยการส่งเสริมบุคลากรทั่วทั้งองค์กรให้ความร่วมมือกับผู้บริหารซึ่งมีการนำองค์กรที่มุ่งเป้าหมายคนทำงานมีความสุข และพัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). PMQA 4.0 คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [พฤศจิกายน 2565]. จาก https://psdg.dmh.go.th/pmqa40/files/204.0.pdf
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3. สำนักงานธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพของจังหวัดนครปฐม ปี 2566-2567 ฉบับทบทวนปี 2567. เอกสารอัดสำเนา; 2567.
4. Cohen , J.M. and Uphoff, N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for ProjectDesign Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University; 1981.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10. doi: 10.1177/001316447003000308.
6. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
7. Best JW, Kahn JV. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.
8. Cronbach LJ. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
9. Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks, CA: Sage; 1992.
10. ดุษณีย์ ยศทอง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่องค์กรพยาบาลสมรรถนะสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช. [ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2561.
11. สุนิสา ธิปัตย์, พร้อมพิไล บัวสุวรรณ, และสุดารัตน์ สารสว่าง. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกรมแพทย์ทหารบก. วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ 2563;11(2):103–118.
12. เกียรติศักดิ์ สุทธหลวง. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมด้านวิชาการโรงเรียนดีประจำตำบล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาน่าน เขต 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์]. อุตรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2560.
13. จุฬาลักษณ์ อนุอันต์. การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2560;7(2):71–85.
14. วรนุช ทัศบุตร, และอรนุช ประดับทอง. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2562;9(1):90–98.
15. จุฑามาศ พันสวรรค์, ศิริมาศ โกศัลย์พิพัฒน์, และชไมมน ศรีสุรักษ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครเชียงใหม่. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง 2562;8(2):2–17.
16. ดวงเดือน วินิจฉัย, ธนวิน ทองแพง, และสถาพร พฤฑฒิกุล. การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2562;13(2):140–148.
17. ธนกิจ ยงยุทธ, พนมพัทธ์ สมิตานนท์, และนพพล อัคฮาด. การพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์การสมรรถนะสูงของเรือนจำอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วารสารการบริหารปกครอง (Governance Journal) 2561;10(1):475–497.
18. นงณภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑกาศ, ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ชุติมา มาลัย, และปานทิพย์ ปูรณานนท์. สภาพปัจจุบันปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาสถาบันสู่องค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารพยาบาลและการศึกษา 2565;15(2):87–105.
19. น้ำทิพย์ สีกำ, ปุณณดา มูลศรี, และวิภาวี เหล่าจตุรพศ. รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566;16(3):114–126.
20. นิสากร พละสาร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566;16(3):239–252.
21. สุดารัตน์ ไชยประสิทธิ์, ธีรภัทร กุโลภาส, และพฤทธิ์ ศิริบรรณพิทักษ์. กลยุทธ์การบริหารเพื่อเสริมสร้างการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2559;8(2):112–130.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

Development of comprehensive care for patients One Day Surgery PhatthanaNikhom Hospital Lopburi Province.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 27,2024)

สุภารัตน์ นิ่มสวน[1]
Suparat nimsaun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) วัตถุประสงค์ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร รวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม -พฤศจิกายน 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง คือ การปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .1 และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ คือการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การดูแลแบบครบวงจร ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Abstract

This study was a quasi-experimental research with two groups measuring results after the experiment. (Posttest-Only Design with a Comparison Group) Objective: Develop comprehensive care for patients undergoing same-day surgery. and study the effectiveness of comprehensive care for patients undergoing same-day surgery. Collect information by collecting data Using a questionnaire on the suitability of care guidelines for patients undergoing same-day surgery in a comprehensive manner. Sample size consisted of 30 patients undergoing same-day surgery. Selected specifically. The data was collected between October - November 2024 and analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation. and t-test statistics.

The results of the study found that the results of care for patients in the experimental group in terms of complications encountered after surgery within 24 hours were surgical wound pain (PS ≤3 points). At the passing level There is an average score for complications encountered after surgery or procedures within 24 hours. After the experimental group received care according to the guidelines for comprehensive same-day surgery care, Statistically significant at the .1 level. And complications found within 1 week, namely surgical wound pain (PS ≤3 points), were at the level of passing the criteria. After the experimental group received care according to the guidelines for comprehensive same-day surgery care, Statistically significant at the .05 level.

Keyword One-day surgery, Comprehensive Care, Complications of surgery

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพัฒนานิคม

บทนำ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery :ODS) ได้เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2561 และมีการกำหนดเป็นแผนงานและตัวชี้วัด Service Plan เป็น การยกระดับมาตรฐานการให้บริการ เพื่อลดความแออัดควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่าย[1] ตามแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 มีเป้าหมาย เพื่อการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากแบบเดิมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงวางแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579[2,3] กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเป็นโครงการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพราะสุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ ปัจจุบันยังพบว่าระบบสุขภาพยังมีส่วนขาดของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการจึงเป็นนโยบายสาธารณสุขที่กรมการแพทย์มุ่งเน้นและให้ความสำคัญ อาทิ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS) ซึ่งขณะนี้นโยบายในเรื่องการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการแล้วตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยใน และอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืน เป็นหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการรวดเร็วลดระยะเวลารอคอย โดยไม่ต้องรอเตียงในโรงพยาบาลว่างก่อนมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยรวมถึงการรักษาการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

สำหรับในต่างประเทศ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น[7] เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับร้อยละ 75.0 ประเทศอังกฤษ พบร้อยละ 65.0 ซึ่งทำให้ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล (อ้างในวิริญญา โชติพันธชินคำ, 2566)[8] แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียว กลับ (One Day Surgery: ODS) แบบองค์รวมโดยครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยประเมิน ก่อนผ่าตัด (Pre-Operative Assessment) รับนัดผ่าตัดเข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Pre-Operative Preparation) จนผู้ป่วยกลับบ้านและการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อติดตามผลการรักษาโดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา[4,5] ร่วมกับการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลใน หน่วยงานระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการรับรองระบบการบริการที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลพัฒนานิคม เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2566 รองรับผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค คือ Hernia, Circumcisions, DM foot, TR, Pterygium, Perianal abscess ปี 2566 จำนวน 18 ราย ปี 2567 (ตุลาคม 2566- 31 มกราคม 2567) จำนวน 10 ราย จะเห็นว่ามีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”[6]

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร

2. ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research)

ประชากร

ทีมแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นทีมแพทย์พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ไม่สะดวกเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม หรือตอบไม่ครบตามที่กำหนดไว้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลพัฒนานิคม 2) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลพัฒนานิคม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาประเด็นปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร 2) แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Pre – operation preparation)
- การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล (Perioperative care)
- การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Post - operative recovery)
- การติดตามผลการรักษา (Follow-up)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติ ด้านความครอบคลุม และด้านความถูกต้องและเหมาะสม รูปแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านการพยาบาล

ของกองการพยาบาล (Information Technology and International Relations Division. Nursing Division, Ministry of Public Health, 2019) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดและภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด และ 2ภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผล ภายใน 1 สัปดาห์ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการกลับมารักษาซ้ำ รูปแบบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ หากพบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1 คะแนน หากไม่พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Item–Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 นำมาแก้ไขเฉพาะข้อคำถามที่ควรปรับปรุง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2567 เลขที่ KNH 40/2567 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนตุลาคม -พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Srisaard, 2013)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ด้วยการใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด และภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรและกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการกลับมารักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแล

ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 26-35 ปี และ 46-55 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 อาชีพส่วนใหญ่ รับจ้างทั่วไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 และชนิดการผ่าตัด/ทำหัตถการ ผ่าตัดไส้เลื่อน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3

ส่วนที่ 1 แสดงความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรก่อนและหลังการทดลอง (N=30)

การบริการในแต่ละขั้นตอน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p -value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1.ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้	4.27	.583	มาก	5.00	.000	มากที่สุด	-.6.886	.000*
2.ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติ	3.97	.765	มาก	4.87	.346	มากที่สุด	-7.449	.000*
3.ด้านความครอบคลุม	4.30	.535	มาก	5.00	.000	มากที่สุด	-7.449	.000*
4.ด้านความถูกต้องและเหมาะสม	4.40	.724	มาก	4.93	.254	มากที่สุด	-4.646	.000*
โดยรวม	4.24	.508	มาก	4.95	.101	มากที่สุด	-8.223	.000

*p<.001

จากตาราง 1 พบว่า ลักษณะค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.24, S.D.= .508) โดยกลุ่มตัวอย่างการบริการในแต่ละขั้นตอน ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติ ด้านความครอบคลุม ด้านความถูกต้องและเหมาะสม ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ค่าเฉลี่ยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.95, S.D = .101)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ และภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) ร้อยละ 96.7 ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร (n = 30)

ผลลัพธ์การดูแลที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P -value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน)	1.90	.305	2.00	.000	-1.795	.083
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด	2.00	.000	2.00	.000		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนและหลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร (n = 30)

ผลลัพธ์การดูแลที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P -value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน)	1.50	.509	1.97	.183	-5.037	.000
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	2.00	.000	2.00	.000		
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 สัปดาห์	2.00	.000	2.00	.000		

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่า

1. แนวการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมเป็นแนวทางที่ประกอบด้วยรายละเอียดในทุกขั้นตอนของการดูแลแบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่าง

ครบถ้วนตามที่กรมการแพทย์กำหนดการพัฒนาเกิดจากการนำปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของวนัชพร สุขศิริยศสกุล และชญาภา เฉยโพธิ์[10] รูปแบบการบริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วยด้านโครงสร้างที่มีนโยบาย บุคลากร แนวทางการดูแลผู้ป่วย ด้านกระบวนการ ประเมินตรวจวินิจฉัย การดูแลก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

2. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองที่หลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ และภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) ร้อยละ 96.7 ผ่านเกณฑ์เนื่องจากได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่สร้างขึ้นที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ[3] 1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบ หลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง คือการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .1 และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ คือการปวดแผลผ่าตัด (PS ≤3 คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ หลังกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ[3] 1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบ หลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบ คือ อาการปวดแผลผ่าตัด แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้เรื่องการปวดแผลผ่าตัดหรือ ทำหัตถการและการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการขยายผลการวิจัยในส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรแก่โรงพยาบาลอื่นๆ ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด เขต และขยายเครือข่ายในการดูแลให้มีความต่อเนื่อง ที่บ้านและ การติดตามผลการรักษา

2. ควรมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเป็นระยะและปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานจริง

3. ฝึกทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งการติดตามการรักษาเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ผู้บริหาร หัวหน้าพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์. สำนักวิชาการแพทย์. ข้อเสนอแนะด้าน การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560

2.เบญจวรรณ มนูญญา. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2564; 1(1): 13-24.

3.เบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2564; 1(1): 13-24.

4.อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5, 2563; 39(1): 109-125.

5.ประภา ราชา, นพรัตน์ เรืองศรี, จารุภา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 2562; 13(3): 1-13.

6.ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ และฐิติกัญญา ดวงรัตน์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566. จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2566.

7.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์, ณรงค์ อภิกุลวณิช และณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2561.

8.วิริญญา โชติพันธ์ชินคำ. การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 4(2): 137-149.

9.ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. การพัฒนาระบบการผาตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแกน. วารสารอนามัยสิ่งแวดลอมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(1): 57-63.

10.วนัชพร สุขศิริยศสกุล และชญาภา เฉยโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567; 8(15): 161-174.

แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี

Community Health Management Approaches for Vulnerable Groups During Floods: A Case Study of Nong Bo Subdistrict, Ubon Ratchathani Province

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 27,2024)

ชาตรี พงษ์พันธ์[1] บรรเทิง พลสวัสดิ์[2] ทัพไท ชุ่มนาเสียว[3] ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์[2]
Chatree Phongphan[1] Bunterng Polsavat[2] Thupthai Chumnasiew[3] Prangthip Thasanoh Elter[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์และผลกระทบจากอุทกภัย ประสบการณ์การจัดการสุขภาพ และปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนที่ตอบแบบสอบถาม 152 คน ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 12 คน และผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก 10 คน

ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซากเนื่องจากเป็นจุดบรรจบของแม่น้ำสามสาย ข้อจำกัดสำคัญคือบุคลากรขาดทักษะการช่วยเหลือทางน้ำ ไม่มีเสื้อชูชีพ และมีอุปสรรคในการเข้าถึงพื้นที่เมื่อเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาด ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการสุขภาพที่ดี แต่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในบางประเด็น เช่น การเล่นน้ำท่วมขังและการไม่สวมเสื้อชูชีพ

ABSTRACT

This participatory action research aimed to investigate community contexts, flood situations and impacts, health management experiences, and causal factors affecting health behaviors among residents in Nong Bo Subdistrict, Ubon Ratchathani Province, Thailand. Data were collected through questionnaires, focus group discussions, and in-depth interviews from three sample groups: 152 residents who completed questionnaires, 12 focus group participants, and 10 in-depth interview informants. The findings revealed that the area experiences recurrent flooding due to its location at the confluence of three rivers. Major limitations included healthcare personnel's lack of water rescue skills, insufficient life jackets, and access barriers when transportation routes were severed. While most residents demonstrated good risk perception and health management practices, misconceptions persisted regarding certain behaviors, such as playing in floodwater and not wearing life jackets during water transport. Although community members generally exhibited adequate health management capabilities, some vulnerable groups required additional support, particularly in emergency situations.

บทนำ

อุทกภัยส่งผลกระทบต่อชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานีมาอย่างยาวนาน ทั้งผลกระทบต่อที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ และสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว สาเหตุของน้ำท่วมไม่ได้มาจากฝนที่ตกในพื้นที่ แต่มาจากสาเหตุอื่น เช่น สภาพภูมิประเทศ ผังเมือง การสร้างเขื่อน พายุตามฤดูกาล และแผนเผชิญเหตุอุทกภัย การเยียวยา และการฟื้นฟู[1] การที่ชุมชนขาดการเตรียมพร้อมรับมืออย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเสียหายซ้ำซากทุกปี[2] ต.หนองบ่อซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบ่อ
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: bunterng01@gmail.com
[3] นักวิชาการอิสระ

อย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ในอุทกภัยครั้งล่าสุดที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2565 นั้น นับว่ารุนแรงที่สุดในรอบ 43 ปี พบว่าในช่วงที่น้ำท่วมสูงและเส้นทางคมนาคมหลักถูกตัดขาด ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข[3] สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับผลกระทบจากอุทกภัยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากอุทกภัยพบว่ามีความหลากหลายและซับซ้อน โดยปัญหาสุขภาพที่พบนอกจากจะเป็นโรคที่มากับน้ำ เช่น โรคน้ำกัดเท้า โรคผิวหนัง[5] แล้วผู้ประสบภัยมักปัญหาสุขภาพจิต[6] เช่น มีความเครียด เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย ภาระหนี้สิน ทรัพย์สิน สิ่งของเสียหาย และมีปัญหานอนไม่หลับ วิตกกังวล หดหู่และสิ้นหวัง[5] ผลกระทบเหล่านี้มักรุนแรงขึ้นในกลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง หรือเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง เด็กก่อนวัยเรียน ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด

การจัดการอุทกภัยโดยชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาน้ำท่วมอย่างยั่งยืน เนื่องจากชุมชนเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงและมีความรู้เกี่ยวกับบริบทพื้นที่เป็นอย่างดี การศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ชุมชนมีการปรับตัวและจัดการอุทกภัยด้วยตนเองในทุกระยะ เช่น การอพยพทรัพย์สิน การสร้างที่พักชั่วคราว และการทำความสะอาดชุมชนหลังน้ำลด[7] อย่างไรก็ตาม การจัดการโดยชุมชนเพียงลำพังยังมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและความรู้ทางเทคนิค จึงควรมีการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนผ่านการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการพัฒนาระบบเตือนภัย การประเมินความเสี่ยง และการวางแผนรับมืออุทกภัยแบบบูรณาการ[8-9] การพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มเปราะบางจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอุทกภัยอย่างเป็นระบบ

ด้วยความซับซ้อนของปัญหาและผลกระทบจากอุทกภัยใน ต.หนองบ่อ การพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มเปราะบางจึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข การศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษาและทำความเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาอุทกภัยในตำบลหนองบ่อ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงการศึกษาประสบการณ์การจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนสถานการณ์และผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัยต่อกลุ่มเปราะบาง
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย

วิธีการศึกษา

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี มีระยะดำเนินงานวิจัย 12 เดือน (2 ต.ค 2567 – 1 ต.ค. 2568) แบ่งระยะการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาแนวทางจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มเปราะบางระหว่างที่มีอุทกภัย และระยะที่ 3 เป็นการประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งบทความนี้นำเสนอผลการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 (ดำเนินการ 2 ต.ค 2567 – 15 ธันวาคม 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมในพื้นที่ ต.หนองบ่อ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี จำนวน 5,771 คน 2) บุคลากรจาก รพ.สต. หนองบ่อ และ รพ.สต. ดงบัง จำนวน 14 คน และ 3) ผู้นำชุมชนและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อพปร.) กู้ชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรจากโรงเรียน วัด และกลุ่มองค์กรชุมชนภาคเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มที่ทำแบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย เป็นประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยอำนาจการทดสอบ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power version 1.3.9.4 เลือก "Exact" Statistical test และ "Correlation: Bivariate normal model" ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดที่ใช้ในการวิจัย เลือกการทดสอบแบบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพลที่ r = .30 ตั้งค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = .80 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 138 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เผื่อกรณีข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 152 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มหลังคาเรือนจากทั้ง 13 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครัวเรือนแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คืออายุ 18 ปีขึ้นไป มีบทบาทในการตัดสินใจ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา และมีประสบการณ์เผชิญอุทกภัยอย่างน้อย 1 ครั้ง

2.กลุ่มสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อยคือ 2.1) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หนองบ่อ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 3 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นข้าราชการ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และเคยจัดการด้านสุขภาพชุมชนในช่วงเกิดอุกทกภัย และ 2.2) ตัวแทนชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 คน จาก ประกอบด้วย 1) กำนัน 2) ผู้ใหญ่บ้าน 3) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ประธาน อสม. 5) ประธาน อพปร. 6) ตัวแทนจากโรงเรียน 7) ตัวแทนศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 8) ตัวแทนจากวัด และ 9) ตัวแทนจากกลุ่มองค์กรภาคเอกชน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการทำงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงเกิดอุทกภัยอย่างน้อย 1 ครั้ง

3.กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จากประชากร 3 กลุ่ม คือ 3.1) กลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วม จำนวน 4 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้มีประสบการณ์และมีประวัติถูกจัดอยู่ในกลุ่มเปราะบางระหว่างที่มีอุทกภัย และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม ได้แก่ สตรีครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การคลอดในช่วงที่มีน้ำท่วมในปี 2562 หรือ 2565 ผู้ดูแลหญิงหลังคลอด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว 3.2) กลุ่มตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการจัดการด้านสุขภาพชุมชนในช่วงอุทกภัยมากกว่า 3 ปี และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินการด้านสุขภาพในช่วงอุทกภัย 3.3) กลุ่มตัวแทนชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัย จำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล และประธาน อสม. เกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการประสานงานหรือจัดการด้านสุขภาพในชุมชนช่วงอุทกภัยมากกว่า 5 ปี

เกณฑ์คัดเข้าที่ใช้ร่วมกัน คือ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่ศึกษาได้ ส่วนเกณฑ์คัดออกที่ใช้ร่วมกันทุกกลุ่ม คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนด มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีข้อจำกัดทางสุขภาพที่ไม่

สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือเป็นข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ที่อยู่ในระหว่างการลาพักร้อนหรือลาป่วยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในระยะที่ 1 ของการวิจัยมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย พัฒนาจากแบบสอบถามในการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพในระยะอุทกภัยแบบมีส่วนร่วม[10]แบ่งเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ) ส่วนที่ 2 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มี 5 ตอนย่อย จำนวนรวม 89 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 (ไม่จริงที่สุด) ถึง 4 (จริงที่สุด) และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการสุขภาพในชุมชนในภาวะอุทกภัยในระยะเตรียมรับมือ (15 ข้อ) มีคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับจาก 1 (ปฏิบัติน้อยที่สุด) ถึง 4 (ปฏิบัติมากที่สุด)

2.แนวทางการสนทนากลุ่ม พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถามใน 4 ประเด็นสำคัญ คือ ประสบการณ์และผลกระทบจากอุทกภัย การจัดการสุขภาพชุมชนในช่วงอุทกภัย การประสานงานและความร่วมมือ และแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัย

3.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 3 ชุดคำถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย บุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน และการวิจัยเกี่ยวกับน้ำท่วมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 2 ท่าน มีดัชนีสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence [IOC]) เท่ากับ 1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับประชาชน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและหัวหน้าชุมชนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

แบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย เป็นแบบสอบถามที่ยืมมา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากต้นฉบับ โดยตัดข้อคำถามที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและบางประเด็นออกเนื่องจากไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนเนื้อหาของข้อคำถามที่เลือกจึงไม่ได้ตรวจความตรงเชิงเนื้อหา แต่ได้นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่วิจัยที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ของส่วนที่ 2 (5 ตอน)และส่วนที่ 3 ได้เท่ากับ .95และ.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานไปยัง รพ. สต. ในพื้นที่ศึกษาและผู้ใหญ่บ้านของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1.การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย ผู้วิจัยสุ่มเลือกหลังคาเรือนแล้วไปพบผู้นำครอบครัวในหลังคาเรือนนั้น เพื่อให้ข้อมูลโครงการและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่ออาสาสมัครเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะตอบคำถามในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที

2.การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเลือกคัดเลือกตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วติดต่อผู้ที่ได้รับเลือกทางโทรศัพท์เพื่ออธิบาย

รายละเอียดโครงการวิจัย และขอความยินยอม ผู้ที่ให้คำยินยอมจะถูกนัดหมายหมายให้มาเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำกิจกรรมสนทนากลุ่มร่วมกันที่ห้องประชุมของ รพ.สต. หนองบ่อ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 120 นาที

3.การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. หนองบ่อในการเลือกผู้เข้ารับการสัมภาษณ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอข้อมูลการติดต่อเพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัย ขอความยินยอมและขอไปสัมภาษณ์และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมในวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกทั้งสองฝ่าย ข้อมูลอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ครบ 10 คน การสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-172.1 รับรองตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2567 – 1 ตุลาคม 2568 ก่อนการลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัครทุกคนได้รับทราบข้อมูลการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และรับทราบสิทธิของตนในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอนตามจุดประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทชุมชนตำบลหนองบ่อ

จากการศึกษาบริบทชุมชนตำบลหนองบ่อ พบว่าเป็นพื้นที่รับน้ำจากการเป็นจุดบรรจบของแม่น้ำชี ลำเซบาย และแม่น้ำมูล มีพื้นที่แหล่งน้ำ 1,611 ไร่ และหนองน้ำสาธารณะขนาดใหญ่ 10 แห่ง ส่งผลให้เป็นพื้นที่ประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซากมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ปัจจุบันมีประชากร 5,613 คน 1,344 ครัวเรือน ประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีจำนวนมาก ได้แก่ ผู้สูงอายุ 1,306 คน ผู้ป่วยเรื้อรัง 1,422 คน เด็กก่อนวัยเรียน 417 คน ผู้พิการ 182 คน ผู้ป่วยจิตเวช 43 คน หญิงตั้งครรภ์ 16 คน และหญิงหลังคลอด 21 คน ในพื้นที่มี รพ.สต. 2 แห่งที่รับผิดชอบด้านการจัดบริการสุขภาพ การจัดบริการในช่วงน้ำท่วมพบข้อจำกัดสำคัญ คือ บุคลากรขาดทักษะการช่วยเหลือทางน้ำ ไม่มีเสื้อชูชีพ และมีอุปสรรคในการเข้าถึงพื้นที่เมื่อเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาด โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องใช้เส้นทางอ้อมเพิ่มระยะทางจาก 32 กิโลเมตร เป็นมากกว่า 200 กิโลเมตร และใช้เวลาเพิ่มจาก 30 นาที เป็น 3 ชั่วโมง

ระบบการจัดการภาวะน้ำท่วมในปัจจุบันดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่พบข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรและทรัพยากรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยเหลือประชาชน และสถานการณ์มีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ขาดทักษะการว่ายน้ำ ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางน้ำจนเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2567 ผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยเน้นย้ำว่า "*การมีเสื้อชูชีพเป็นสิ่งที่จำเป็น*" (ผู้นำชุมชน 1) พร้อมผลักดันให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยชีวิต และการส่งเสริมทักษะการว่ายน้ำในชุมชน

สรุปข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม พบว่าควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยและการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมีการซ้อมแผนและอบรมฟื้นฟูเป็นประจำทุกปี ควรจัดตั้งหน่วยกู้ชีพที่มีเจ้าหน้าที่ผลัดเปลี่ยนเวรตลอด 24 ชั่วโมง พัฒนาระบบส่งต่อฉุกเฉิน จัดให้มีการสอนว่ายน้ำและทักษะการขับเรือแก่บุคลากรและประชาชน รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดการอุทกภัยโดยเฉพาะ เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตอนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการสุขภาพของประชาชน

ผลการศึกษาประสบการณ์การจัดการสุขภาพของประชาชนในช่วงอุทกภัย พบว่าระบบการดูแล

สุขภาพเริ่มต้นจากกลุ่ม อสม. เป็นผู้ดูแลหลักและให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ที่มีสมาชิกครอบครัวต้องเดินทางไปทำงานหรือเรียนในตัวเมืองจะมีปัญหาความเครียดและนอนไม่หลับจากความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง จากผลการสัมภาษณ์ที่ว่า " *(ความรู้ด้านการปฐมพยาบาลขอ) ให้มีทุกคน ที่สำคัญผู้นำ อสม. ผู้ชายที่แข็งแรง ให้มีกู้ชีพ*" (H.Staff1) แสดงให้เห็นว่าชุมชนให้ความสำคัญกับการมีทีมปฐมพยาบาลที่ครอบคลุมหลายกลุ่ม เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ชายที่มีความแข็งแรง และทีมกู้ชีพ

เมื่อเส้นทางคมนามคมถูกตัดขาดเป็นอุปสรรคสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ใช้เวลาเดินทางมากกว่าปกติ เคยมีกรณีหญิงตั้งครรภ์ต้องคลอดระหว่างการส่งต่อ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า *"น่าจะมีนะประสานข่าว ประสานหน่วยงาน ประสานคนในหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือ มีอุปกรณ์ช่วย ทันเหตุการณ์"* (H.Staff1) สะท้อนให้เห็นความต้องการระบบประสานงานที่มีสามารถเชื่อมโยงทั้งข้อมูลข่าวสาร หน่วยงาน บุคลากร และทรัพยากรในการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และพบว่าอุบัติเหตุทางน้ำเป็นความเสี่ยงสำคัญ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ว่ายน้ำไม่เป็น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และเคยมีกรณีการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ทั้งนี้ชุมชนมีจุดแข็งคือระบบเครือญาติที่ให้การดูแลช่วยเหลือกันในภาวะวิกฤตเป็นไปอย่างทั่วถึง รวมถึงมีการประสานงานระหว่างผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 ปัจจัยเชิงสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นสำคัญ เช่น ความเสี่ยงจากการหาปลาในช่วงน้ำท่วม (ร้อยละ 81.6) อันตรายจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า (ร้อยละ 60.5) และผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ (ร้อยละ 69.7) อย่างไรก็ตามพบว่ามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเรื่องความปลอดภัยในการเล่นน้ำท่วมขัง โดยมีผู้ตอบถึงร้อยละ 86.2 ที่เห็นด้วยว่าสามารถลงเล่นน้ำได้โดยไม่เป็นอันตราย และการไม่สวมเสื้อชูชีพเมื่อเดินทางทางน้ำ (ร้อยละ 70.4) ส่วน *ด้านการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายทางสุขภาพ* พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงที่ถูกต้องในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคประจำตัวหรือผู้พิการ (ร้อยละ 82.2) การระบาดของโรคในระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 81.6) และอันตรายจากกระแสน้ำในช่วงฤดูมรสุม (ร้อยละ 81.6) ส่วนประเด็นที่มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ได้แก่ การใส่รองเท้าบู๊ทเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ (ร้อยละ 56.0) และการให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่บ้านตามลำพัง (ร้อยละ 44.1

ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพในภาวะอุทกภัย พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้านเพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 82.2) การระบายความทุกข์เพื่อคลายเครียด (ร้อยละ 81.6) และการติดตามข้อมูลจากสื่อภายนอก (ร้อยละ 75.7) นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการเตรียมข้อมูลติดต่อฉุกเฉิน (ร้อยละ 73.7) และการแจ้งข้อมูลแก่องค์กรท้องถิ่น (ร้อยละ 70.4) แต่ยังมีความเข้าใจผิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของหน่วยงานเท่านั้น (ร้อยละ 59.2) การบริโภคอาหารที่ไม่ปรุงสุกใหม่ (ร้อยละ 32.9) และการขับถ่ายลงในน้ำที่ท่วมขัง (ร้อยละ 9.9) ส่วน*ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการสุขภาพในภาวะอุทกภัย* พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับดี โดยเฉพาะในประเด็นการเตรียมตัวเพื่อรับมือกับอุทกภัยว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง (ร้อยละ 86.2) การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 83.6) และความสามารถในการปฐมพยาบาลตนเองและผู้อื่น (ร้อยละ 81.6) นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ที่ดีในเรื่องการจัดการความเครียด (ร้อยละ 79.6) ส่วนพบประเด็นที่น่ากังวลคือการพึ่งพาเจ้าหน้าที่มากเกินไปในการเตรียมยาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 76.3) การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล (ร้อยละ 46.0) และการละเลยการทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 18.4)

ด้านการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ บุคลากร และข้อมูลข่าวสารในภาวะอุทกภัย พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับดี โดยเฉพาะในเรื่องการวางแผนดูแลและป้องกันอันตรายในชุมชน (ร้อยละ 86.2) การดูแลสุขาภิบาลจากเจ้าหน้าที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 84.9) และการได้รับการดูแลสุขอนามัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังน้ำท่วม (ร้อยละ 83.6) อย่างไรก็ตามยังมีบางประเด็นที่ต้องการการพัฒนา ได้แก่ การเยียวยาสภาพจิตใจและกิจกรรมคลายเครียด (ร้อยละ 70.4) และการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลในชุมชน (ร้อยละ 70.0) *ส่วนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพในชุมชนในระยะเตรียมรับมือกับภาวะอุทกภัย* พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับมากในหลายด้าน โดยเฉพาะการติดตามข่าวสาร (ร้อยละ 78.9) การเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 75.0) และการประสานงานกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 66.4) ส่วนพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับน้อย ได้แก่ การฝึกให้เด็กว่ายน้ำ (ร้อยละ 54.6) การเตรียมอุปกรณ์ออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.3) และการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม (ร้อยละ 38.2)

สรุปและอภิปรายผล

ต.หนองบ่อเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุทกภัยเนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เป็นจุดบรรจบของแม่น้ำสามสาย สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่ผ่านมา[1] ที่พบว่าลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอุทกภัยในจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่เป็นจุดรวมของมวลน้ำมักประสบปัญหาอุทกภัยซ้ำซากและส่งผลกระทบรุนแรงต่อประชาชน[2] โดยเฉพาะพื้นที่จุดรวมของลำน้ำสองสาย คือ ลำเซบายที่ไหลมาจากเหนือและแม่น้ำมูลที่ไหลมาจากทิศตะวันออก[11] ดังนั้นการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ในภาวะอุทกภัยจึงเป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงพื้นที่และความต้องการเฉพาะของกลุ่มเปราะบาง

อุปสรรคสำคัญในการจัดการสุขภาพชุมชนคือการขาดทักษะและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือทางน้ำ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาด ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าและมีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับการศึกษาชุมชนที่เป็นพื้นที่น้ำท่วมใน จ.ศีรษะเกษ[12] ที่พบปัญหาเรื่องการส่งต่อและได้พัฒนารูปแบบการในการจัดบริการสุขภาพในสภาวะภัยพิบัติอุทกภัยโดยเพิ่มศักยภาพด้านการส่งต่อด้วยการโดยสารทางเรือและเครือข่ายส่งต่อ รวมทั้งจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่น้ำท่วม และแม้ประชาชนส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการสุขภาพที่ดี แต่ยังพบความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยในการเล่นน้ำท่วมขังและการไม่สวมเสื้อชูชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาใน จ.อุบลราชธานี[9] ที่ได้เสนอว่าคนในชุมชนควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอุทกภัย เช่น เสื้อชูชีพ ซึ่งควรดำเนินการโดยศูนย์เตือนภัยพิบัติภายในชุมชน

ระบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพในชุมชนมีจุดแข็งที่สำคัญคือการมีเครือข่าย อสม. ที่เข้มแข็งและระบบเครือญาติที่ช่วยเหลือกันอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[8] ที่พบว่าทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอุทกภัย[9] การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนและการพัฒนาศักยภาพ อสม. จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการจัดการสุขภาพในภาวะอุทกภัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากผลการศึกษาข้างต้นคณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบางในการวิจัยระยะที่ 2 โดยเน้นการพัฒนาใน 3 ด้านหลัก คือ 1) การพัฒนาระบบการช่วยเหลือทางน้ำโดยจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เสื้อชูชีพ และพัฒนาทักษะการช่วยเหลือทางน้ำให้แก่บุคลากรและประชาชน 2) การยกระดับระบบส่งต่อฉุกเฉินโดยจัดทำแผนที่เส้นทางสำรองและ

พัฒนาระบบประสานงานระหว่างหน่วยงาน และ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการสร้างความตระหนักรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการชุมชนและการจัดการสุขภาพของประชาชนในภาวะอุทกภัย นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงอุทกภัยอื่นๆ โดยคำนึงถึงบริบทและศักยภาพของแต่ละชุมชน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการภาวะอุทกภัย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและเตือนภัย หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างชุมชนต้นแบบในการจัดการอุทกภัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.ยุพนรัตน์ พงษ์นัยรัตน์, ณพงศ์ นพเกตุ. การบริหารจัดการน้ำท่วมที่เหมาะสมสำหรับชุมชนพาณิชยกรรมในเมือง กรณีศึกษาชุมชนเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา 2563;2(4):22-50.

2.อรทัย เลียงจินดาถาวร, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล, ขนิษฐา นามโคตร, รพินทร์ ยืนยาว. การมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และหน่วยงาน จังหวัดอุบลราชธานีในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอุทกภัยในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563;11(2):1-31.

3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบ่อ. เอกสารรายงานผลกรดำเนินงาน [ไม่ได้ตีพิมพ์]. 2566.

4.จริญญา ศรีเดช, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากปัญหาอุทกภัยในพื้นที่ตำบลเวียงคุก อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553;3(3):65-74.

5.วลัญช์ชยา เขตบำรุง, จิราภรณ์ ประธรรมโย, สมพงษ์ แสงศิริ, ณภัทร น้อยน้ำใส, สกุล วงษ์กาฬสินธุ์, ธนัญชัย วรรณสุข. การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของประชาชน ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยในพื้นที่ 3 ลุ่มน้ำ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารควบคุมโรค 2566;49(3):578-91.

6.ดนัยเทพ พันธะมา, สุพัฒน์ จำปาหวาย. ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตหลังประสบอุทกภัยของประชาชนบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563;3(2):50-9.

7.เอกราช บุญเริง, กิ่งกาญจน์ สำนวนเย็น, ขวัญณภิส รัชตะวรรณ, ศิริพร จันทนสกุลวงศ์. การจัดการปัญหาน้ำท่วมของเทศบาลเมืองวารินชำราบโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษา 14 ชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาน้ำท่วม. วารสารการบริหารท้องถิ่น 2560;10(4):24-38.

8.บรรเทิง พลสวัสดิ์, พระครูจินดาสารนุกูล, ปฐมพงษ์ อ่อนผิว, ยรรยง ไชยชนะ, สุพิศ สนุกพันธ์, วิทยา นำผล และคณะ. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภัยพิบัติน้ำท่วมโดยเน้นการสร้างความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่น้ำท่วม เขตเมือง ตำบลปทุม ตำบลกุดลาด อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่; 2564.

9.เอกราช บุญเริง, อโณทัย หาระสาร, ชนะบูรณ์ อินทรพันธุ์. การเสริมสร้างศักยภาพในการลดความเสี่ยงด้านอุทกภัย ของเทศบาลนครอุบลราชธานี และเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2565;12(1):204-24.

10.วิปัศย์กร คล้ายเกตุ, วีรภัทร ภัทรกุล, นพา ลีละศุภพงษ์, สิริวรรณ สมิทธิอาภรณ์. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพในระยะอุทกภัยแบบมีส่วนร่วม [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2563.

11.ณัฐชนน อมาตยกุล, สักรินทร์ แซ่ภู่. การประยุกต์ใช้ระบบภูมิสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์พื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ประโยชน์ที่ดิน กรณีศึกษาลุ่มน้ำมูลส่วนที่ 3/5. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด : วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564;2(1):71-7.

12.สมชาย ภานุมาสวิวัฒน์, อนุศร การะเกษ, เกตุนรินทร์ บุญคล้าย, วรรณชาติ ตาเลิศ, พิศมัย ประสมศรี, ธนพงศ์ เขตอริยกุล. การจัดการระบบบริการสุขภาพในสภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกรณีภัยพิบัติอุทกภัย บริบทโรงพยาบาลชุมชนเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำมูล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(3):81-98.

การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยทีม 3 หมอ และกลุ่มบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวซาเทียร์ในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

The Development and Caring System of Elderly Depression by Three Doctor and family group therapy based on satir in Primary Care Cluster, Sisatchanalai distric Sukhothai Province

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ผกาทิพย์ สุขจิตร์[1] ,ชัยพร อมรมุนีพงศ์[2] วรรณิศา เทโพ[2] จุฑามาศ ใจมูล[2]

Phakatip Sukjit[1] ,Chaiporn Amonmuneepong[2] ,Wannisa Tepoe[2] ,Juthamas Jaimool[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และ การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ร่วมกับ 3 หมอ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตายและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ และนำศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมาร่วม ประกอบด้วย 8 รูปแบบดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ให้เป็นปัจจุบันตามนโยบาย 3 หมอ 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอำเภอ 3) จัดทำแนวทาง (flow chart) ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุม 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมอย่างใกล้ชิดจริงจัง 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมทั้งภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายภายหลังการบำบัด 3 เดือนทุกราย 8) สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องและคณะผู้บริหาร ผลลัพธ์การใช้รูปแบบส่งผลให้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = -7.26, -6.68, 12.28$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า, การบำบัดรักษาตามแนวทางของซาร์เทียร์, นโยบายหมอครอบครัว 3 หมอ

Abstract

This study was research and development aimed to develop and study the results of using a care model for the elderly with depression in Si Satchanalai District, Sukhothai Province, using the 3-Doctor of Family care team Policy and group therapy by Satir model. Sample group consisted of 126 elderly with depression. Research tools consisted of group discussion question guideline for caring for the elderly with depression using the Satir Concept with the 3 Doctors, a depression assessment form, a suicide assessment form, and a satisfaction assessment form. Analysis was performed using descriptive statistics and a paired t test was used to compare before and after the development of the model.

The results of the study found that the development of care model for the elderly with depression using the 3-Doctor Team Policy and Satir model by 8 formats as follows: 1) Analyze the current situation data according to the 3 Doctors policy. 2) Organize a meeting of the multidisciplinary team and the district network. 3) Create a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

[2] โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

guideline (flow chart) to be in the same direction. 4) Conduct a survey of depression in the elderly in the family doctor clinic to cover all areas. 5) Organize a group therapy activity program for the elderly at risk of depression according to the Satir concept. 6) Follow up and evaluate after the activity closely and seriously. 7) Follow up and evaluate after the activity for both depression and suicidal tendencies after the treatment for 3 months in every case. 8) Summarize the results of the operation and report to the relevant persons and the executives. The results of using the format resulted in better performance indicators for elderly care, reduced depression levels, reduced suicidal tendencies, and increased satisfaction, with statistical significance p <.05 (t = -7.26, -6.68, 12.28).

Keywords: Care for the elderly with depression, Sartier-based treatment, Three Doctors Family Policy

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลก ในปี 2565 มีผู้ป่วยประมาณ 320 ล้านคนและมีแนวโน้มเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 จากปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก[1] และพบมากในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากความสูงวัยเป็นช่วงการเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ล้วนเป็นสาเหตุให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศไทยพบข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า[2] ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 94.27 การฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย[3] ร้อยละ 10 จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทาง อารมณ์ มีการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50 และ ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึงร้อยละ 6.54 ในผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อการนอนหลับ ความอยากอาหาร สมาธิลดลง ความรู้สึกเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง และพลังชีวิตลดลง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับบริการบำบัด[4] ร้อยละ 97.53 การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ประเทศต้องสูญเสียประมาณ 16,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท[5]

แนวคิดซาเทียร์ เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เน้นการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการปรับตัวเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเพิ่มความสัมพันธ์ในตัวบุคคล ตลอดจนช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัว การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เพิ่มทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสามารถช่วยผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายให้เกิดการเติบโตทางบวกเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ความรู้สึกกับพฤติกรรม โดยเน้นความสอดคล้องและกลมกลืนกับวิถีชีวิต การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดล่าสุดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบใช้เวลาสั้นและได้ผลดี ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ[6]

แนวคิดหมอครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อสร้างความมั่นคงของระบบบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิดบริการทุกคนทุกอย่างทุกที่ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีด้วยทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวอันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับร่าง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี 2559 นโยบาย 3 หมอ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม นโยบาย 3 หมอ เน้นการประสานการทำงานดูแลประชาชน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การส่งต่อ การรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วยเน้นการบูรณาการ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลรักษาและส่งต่อประชาชนในพื้นที่ให้มีความรับผิดชอบของตนเอง ตามแผนระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้านคือเป็น เลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน[7]

จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.42 เป็น ร้อยละ 7.64 และ ร้อยละ 8.32 ตามลำดับ ซึ่งนับว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจาก แต่ยังพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 46.42 ร้อยละ 48.53 และ ร้อยละ 43.24 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึง เพียงร้อยละ 31.14 อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 17,182 คน คิดเป็นร้อยละ 20.04 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 และมีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ปี 2561 - 2567 เฉลี่ยปีละ 2 คน โดยในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย มากที่สุด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.30 หรือ อัตรา 10.99 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน อัตรา 8 ต่อแสนประชากร และยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนในพื้นที่[8]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดต่างๆ และทำให้ทราบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อย และในพื้นที่ไม่มีผู้ศึกษาตามบริบท ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวซาเทียร์ มาประยุกต์ใช้กับทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อขยายผลให้กับพยาบาลสุขภาพจิตเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่สำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 222 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าจากการประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) พบอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 126 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยตามกระบวนการเชิงพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่มในประเด็น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สภาพการณ์วิเคราะห์ ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ การบำบัดโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวซาเทียร์ ทดสอบประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การทบทวนการปรับปรุงแนวทางการพัฒนา และสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน

2) เครื่องมือเชิงปริมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินภาวะการณ์ฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนน ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

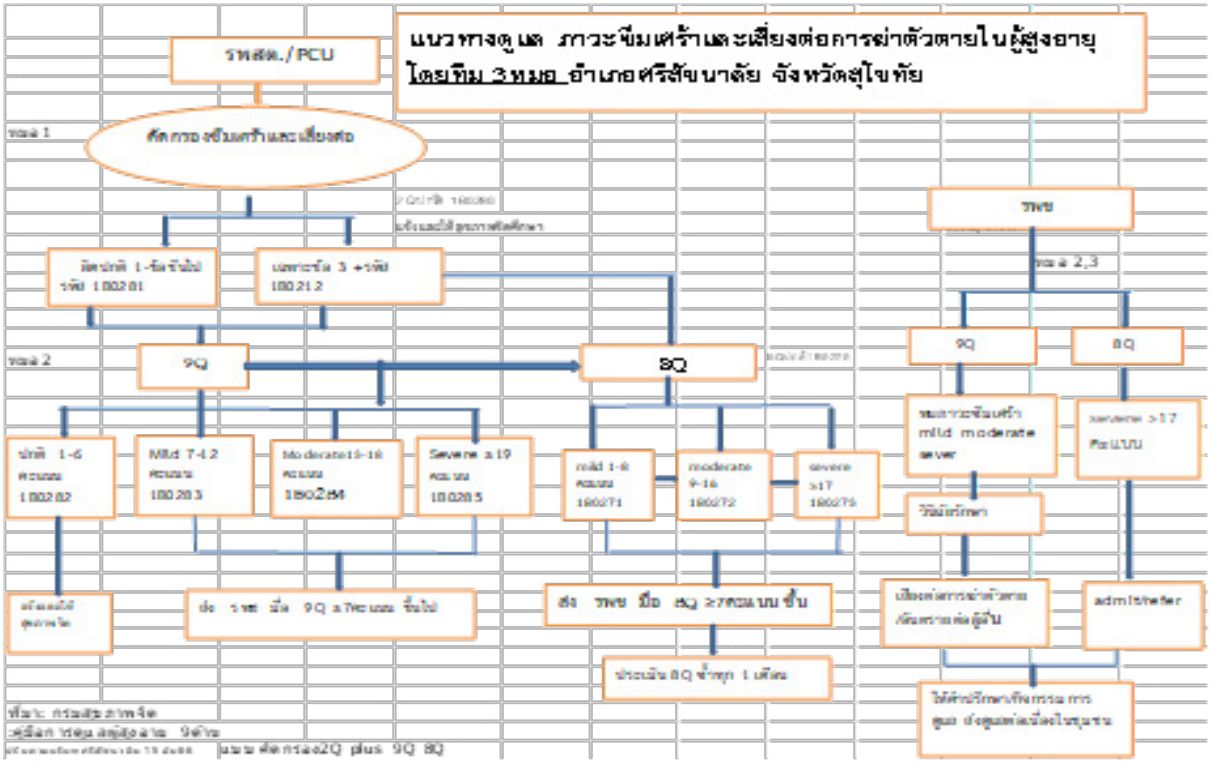
ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์ ปัญหา จากการวิเคราะห์และสนทนากลุ่ม พบว่าสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 339 คนคิดเป็น ร้อยละ 47.06 และมีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ปี 2561 -267 เฉลี่ยปีละ 2 คน โดยในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย มากที่สุด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.30 หรือ อัตรา 10.99 ต่อประชากรแสนคน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 12 ราย พบเพศชาย จำนวน 8 ราย ร้อยละ 66.66 และเพศหญิง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 33.33 วิธีการที่นิยมด้วยวิธีการผูกคอ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.33 อาวุธปืน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 8.33 การกระโดดน้ำ 1 ราย ร้อยละ 8.33 การฆ่าตัวตายส่วนมากในช่วงอายุ อายุ 20-59 ปี จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.33 รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ราย ร้อยละ 25.00 และ ช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 16.66 จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสาเหตุหลักเกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิตและสูญเสียความสัมพันธ์ ปัญหาด้านการดำเนินงาน ผู้นำชุมชน อสม.ประชาชนทั่วไป และคนใกล้ชิด ยังพบปัญหาเดิม ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เมื่อพบมีผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเอง หรือมี

ภาวะเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่ทราบช่องทางการส่งต่อ หรือขอคำปรึกษา ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มที่มีอาการเครียด ซึมเศร้า มีอาการทางจิตหรือพยายามทำร้ายตนเอง ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือพบการดำเนินงานผู้สูงอายุบางคนต้องนอนพักผ่อนกลางวัน แต่กิจกรรมกลุ่ม 1 วัน ไม่ได้นอนหลับพักผ่อนตอนกลางวัน ตามแนวทางการติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) ซ้ำ ถ้าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปทุกเดือนนั้น อาจยังไม่ครอบคลุมจากภาระงานการประจำที่ทำในโรงพยาบาล

2. การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทีม 3 หมอ และกลุ่มบำบัดผู้ป่วยตามแนวคิดซาเทียร์ ประกอบด้วย 8 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของ ระบบการดูแล เฝ้าระวังโรค ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในอำเภอศรีสัชนาลัย พยายามปรับการดำเนินการให้ได้ตามนโยบาย ผู้สูงอายุคลินิกหมอครอบครัว แนวการดูแลโรคซึมเศร้า แนวทางการพัฒนารูปแบบ การทำกลุ่มบำบัด แนวทางการให้การปรึกษาตามแนวซาเทียร์ 2)จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ ทั้งใน โรงพยาบาล และเครือข่าย เทศบาล สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว เทศบาลตำบลศรีสัชนาลัย เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำระบบารดูแล รักษา ส่งต่อ เป็นแนวปฏิบัติ แบบไร้รอยต่อ 3) ทีมสหวิชาชีพกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาล นักจิตวิทยา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสรมสุขภาพตำบล พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ พยาบาลงานผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ จัดทำแนวทาง (flow chart) ในการดูแล คัดกรองภาวะซึมศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุ โดยทีม 3 หมอ ในอำเภอศรีสัชนาลัยและให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว หมอคนที่ 1 ใช้แบบประเมิน 2Q plus หมอคนที่ 2 ประเมินภาะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมจัดกลุ่มแบ่งระดับ เป็น1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า หรือมีแนวโน้มจะเป็นซึมเศร้า (2Q plus ผลบวก 1ข้อขึ้น) 2.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย(9Q =7-12 คะแนน) 3.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q =13-18 คะแนน) 4.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (9Q =19คะแนนขึ้นไป) และคุณภาพชีวิต 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าน้อย ตามแนวคิดซาเทียร์ พร้อมประเมินหลังการบำบัดภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ความพึงพอใจ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรม เดือนที่ 1 โดย ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมสรุปผล 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรม เดือนที่ 3 โดย ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาวะะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คุณภาพชีวิต พร้อมสรุปผล 8) สรุปผลการดำเนิน และสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลเวชปฏิบัติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธาน อาสามสมัครสาธารณสุข รองประธาน อาสามสมัครสาธารณสุข ในคลินิกหมอครอบครัว พร้อมรายงานผู้บริหาร ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และ การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์

3. ผลของการใช้กระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยทีม 3 หมอและกลุ่มบำบัดผู้ป่วยตามแนวคิดซาเทียร์ มีผลการดำเนินงานดังนี้

ตารางที่ 1 ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์

ผลการดำเนินงาน/กิจกรรม/ผลผลิตหลัก	ก่อนพัฒนา (ปี2566)	หลังพัฒนา (ปี2567)
1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุ	10 ราย (10.99)	2 ราย (2.19) (ไม่ใช่กลุ่มที่ร่วมในการศึกษาครั้งนี้)
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี	3 (100%)	2 (100%)
3. ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต	527 (59.74%)	676 (68.21%)
4. ร้อยละผู้สูงอายุที่ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต	339 (1.97%)	367 (2.14%)

จากการทดสอบ ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจรูปแบบ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ทีม 3 หมอ

ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 11.26 คะแนน (SD=1.28) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 3.28 คะแนน (SD=0.32) อยู่ในระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -7.26) ดังแสดง ในตาราง 1

3.2 แนวโน้มการฆ่าตัวตาย จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการฆ่าตัวตายมีค่า 9.34 คะแนน (SD=2.38) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.38 คะแนน (SD=0.68) อยู่ในระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.68) ดังแสดงในตาราง 1

3.3 ความพึงพอใจ จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 3.32 คะแนน (SD=1.12) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.32 คะแนน (SD=1.26) อยู่ในระดับมาก ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.68) ดังแสดง ในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างภาวะสุขภาพจิต และความพึงพอใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ (n=126)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
ภาวะซึมเศร้า	11.26	1.28	ปานกลาง	3.28	0.32	ไม่มีภาวะ	-7.26	<0.001*
แนวโน้มการฆ่าตัวตาย	9.34	1.18	ปานกลาง	2.38	0.68	น้อย	-6.68	<0.001*
ความพึงพอใจ	3.32	1.12	ปานกลาง	4.32	1.26	มาก	12.28	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและพบปัญหาการฆ่าตัวในพื้นที่ในผู้สูงอายุในเพศชาย เป็นส่วนมากวิธีการที่นิยมด้วยวิธีการผูกคอตาย สาเหตุหลักเกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิตและสูญเสียความสัมพันธ์ ผู้ดูแลขาดองค์ความรู้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะเครียดซึมเศร้า มีอาการทางจิต หรือพยายามทำร้ายตนเอง ผู้สูงอายุไม่สามารถมาบำบัดได้ครบ เนื่องจากต้องการเวลาพักผ่อนและอยู่กับครอบครัว และยังพบภาระงานประจำที่ทำในโรงพยาบาลที่หนักเกินไปทำให้สามารถบำบัดได้ยังไม่ครอบคลุม จึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการกับแนวคิดหมอครอบครัว สอดคล้องกับ พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง [9]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ ประกอบด้วย 8 รูปแบบดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ให้เป็นปัจจุบันตามนโยบาย 3 หมอ 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอำเภอ 3) จัดทำแนวทาง (flow chart) ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุม 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมอย่างใกล้ชิดจริงจัง 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมทั้งภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายภายหลังการบำบัด 3 เดือนทุกราย 8) สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องและคณะผู้บริหาร สอดคล้องกับ ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ[10]

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นภายหลังการพัฒนา การทดสอบพบว่าผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางภายหลังการพัฒนาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มีภาวะ แนวโน้มการฆ่าตัวตายก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่ามีภาวะซึมเศร้าลดลง และ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนา สอดคล้องกับ สมชาย ขอบใจ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวทางทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับแนวคิดซาเทียร์ ไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมการประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ การสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการดูแลต่อเนื่องในผู้ดูแลและคนในชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4.ควรนำคู่มือ กิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ไปใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุ และบุคลากร ในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide in the world. In Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. 2019.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อก. 2559.
3. นิตยา จรัสแสง. ผลการบาบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2): 97-114.
5. จรรยารักษ์ มีวงษ์สม และคณะ. สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(2): 90-107.

6. พึงเนตร สฤษดิ์นิรันดร์ และ นันท์นภัส โสดามรรค. การบำบัดโดยถาดทรายภายใต้แนวคิดของซาร์เทียร์ในผู้ป่วยจิตเวช.สรรพสิทธิเวชสาร. 2558;36(3): 151-159.
7. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง. ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564, 30(2) 262-273.
8. โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล HDC. 2566.
9. พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
10. ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ผลของโปรแกรมการบาบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1): 484-492.
11. สมชาย ขอบใจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข. 2567.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพ ศึกษากรณีพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสมุนไพร จังหวัดมุกดาหาร

Health Economy Development Model: Development of Thai Traditional Medicine and Herbal Health Tourism Destinations in Mukdahan Province

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ทองเสริฐ ใจตรง[1] ศิรภัสสร มูลสาร[2]
Thongsert Jaitrong[1] Sirapatsorn Moonsan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพโดยการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จังหวัดมุกดาหาร และ 2) ประเมินผลกระทบของการดำเนินงานต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการประเมินผลกระทบใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก 20 คน ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 35 คน และผู้ตอบแบบสอบถาม 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบประเมินผลกระทบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกการขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุน และการติดตามประเมินผล 2) ผลการดำเนินงานพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การจ้างงานเพิ่มขึ้น 45 ตำแหน่ง จำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.37 และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.07) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน การบูรณาการความร่วมมือ และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง

คำสำคัญ: เศรษฐกิจสุขภาพ, การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, สมุนไพร, การพัฒนาที่ยั่งยืน

Abstract

This survey research aimed to 1) develop a health economy driving model by developing health tourism destinations focusing on Thai traditional medicine wisdom and herbs in Mukdahan Province, and 2) assess the impact of implementation on economic development, health, and community quality of life. The impact assessment used a sample group consisting of 20 in-depth interview key informants, 35 focus group participants, and 150 questionnaire respondents. The research instruments included in-depth interviews, focus group guideline, questionnaires, and impact assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed that: 1) The developed driving model comprised five main components: management structure, driving mechanisms, stakeholder participation, support systems, and monitoring and evaluation. 2) Implementation results showed significant changes including 45 new jobs created, 30% increase in tourist numbers, 34.37% increase in service accessibility, and high stakeholder satisfaction (mean = 4.07). Key success factors included clear supporting policies, integrated cooperation, and strong community leadership.

Keywords: Health Economy, Health Tourism, Thai Traditional Medicine, Herbs, Sustainable Development

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
[2] แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

บทนำ

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาที่มีศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศไทย[1] ปัจจุบันกระแสการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] โดยมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,400 ล้านบาทในปี 2563 เป็น 2,200 ล้านบาทในปี 2565[3]

จังหวัดมุกดาหารมีศักยภาพสูงในการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เนื่องจากมีความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าภูสีฐานและอุทยานแห่งชาติภูผาเทิบ ซึ่งพบพืชสมุนไพรมากกว่า 250 ชนิด[4] นอกจากนี้ยังมีภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ โดยมีหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 87 คน[5]

สถานการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดมุกดาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 มีผู้รับบริการ 156,742 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.5 ของการรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ที่มีสัดส่วนร้อยละ 24.3[6] อย่างไรก็ตาม การพัฒนายังประสบความท้าทายหลายประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และการขาดการเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการสุขภาพกับการท่องเที่ยว[7]

แผนพัฒนาจังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. 2566-2570 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ[8] สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติภายในปี 2570[9] การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพโดยการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อประเมินผลกระทบของการดำเนินงานต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของชุมชนในจังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ 20 คน และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การประเมินผลกระทบ ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 150 คน ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินผลกระทบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบประเมินผลกระทบ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและ

ขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการ ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการระดับจังหวัด คณะทำงานด้านวิชาการ คณะทำงานด้านการท่องเที่ยว และเครือข่ายชุมชน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการ

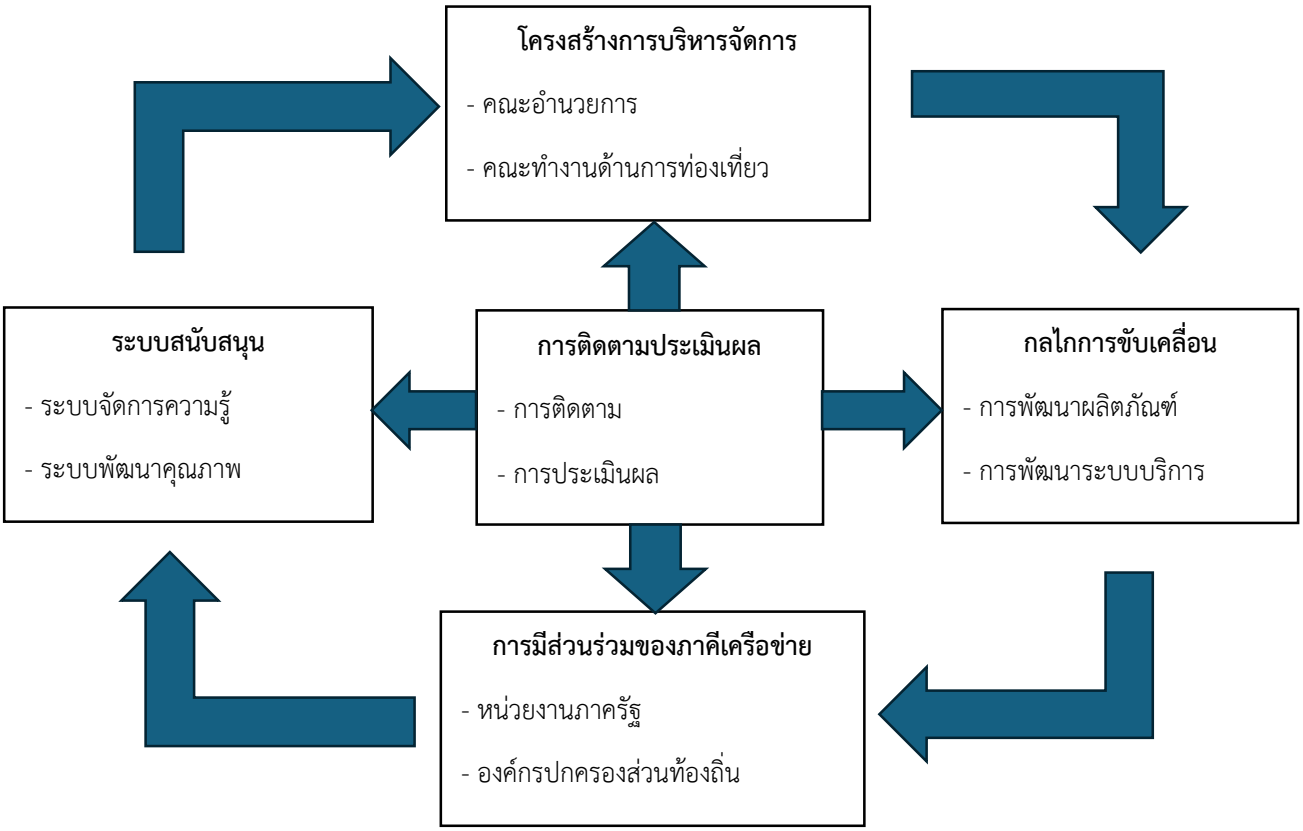
1.2 กลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน การพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการที่มีเอกลักษณ์ และการส่งเสริมการตลาดที่ใช้สื่อหลากหลาย

1.3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และชุมชน โดยแต่ละภาคส่วนมีบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน

1.4 ระบบสนับสนุน ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลดิจิทัล ระบบการพัฒนาคุณภาพ ระบบการจัดการความรู้ และระบบการตลาดและประชาสัมพันธ์

1.5 การติดตามประเมินผล ครอบคลุมการประเมินผลใน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านความยั่งยืน

รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

การวิจัยนี้ได้พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับจังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกการขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุน และการติดตามประเมินผล ผลการดำเนินงานพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการ และผลกระทบทางสังคม โดยปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจนจากภาครัฐ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง

2. ผลการประเมินการดำเนินงาน

2.1 ผลการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยสามารถสรุปผลการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้านหลัก ดังนี้

ด้านการจ้างงาน พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ มีการสร้างตำแหน่งงานใหม่เพิ่มขึ้น 45 ตำแหน่ง ซึ่งเดิมไม่มีการจ้างงานในส่วนนี้ นอกจากนี้ อัตราการจ้างงานในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.25 เป็นร้อยละ 78.45 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.20 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานส่งผลดีต่อการสร้างงานในชุมชนอย่างชัดเจน

ด้านการท่องเที่ยว มีการเติบโตที่น่าพอใจในทุกตัวชี้วัด โดยจำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นจาก 2,150 คนต่อเดือน เป็น 2,795 คนต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.00 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 1,850 บาท เป็น 2,220 บาท คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.00 และระยะเวลาพำนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.50 วัน เป็น 2.00 วัน เพิ่มขึ้น 0.50 วัน สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนาการท่องเที่ยวในพื้นที่

ด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์ มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่เพิ่มขึ้น 10 รายการ จากเดิมที่ไม่มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ แสดงให้เห็นถึงการสร้างนวัตกรรมและการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	การเปลี่ยนแปลง
1. การจ้างงาน			
จำนวนการจ้างงานใหม่ (ตำแหน่ง)	-	45	เพิ่มขึ้น 45 ตำแหน่ง
อัตราการจ้างงานในชุมชน	ร้อยละ 65.25	ร้อยละ 78.45	เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.20
2. การท่องเที่ยว			
จำนวนนักท่องเที่ยว (คน/เดือน)	2,150	2,795	เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.00
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน (บาท/วัน)	1,850	2,220	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.00
ระยะเวลาพำนักเฉลี่ย (วัน)	1.50	2.00	เพิ่มขึ้น 0.50 วัน
3. การพัฒนาผลิตภัณฑ์			
จำนวนผลิตภัณฑ์ใหม่ (รายการ)	-	10	เพิ่มขึ้น 10 รายการ

2.2 การเข้าถึงบริการ ผลการประเมินการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ พบว่า อำเภอเมืองมุกดาหาร มีการพัฒนาที่โดดเด่น โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 1,245 คนต่อเดือน เป็น 1,680 คนต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.02 จำนวนจุดบริการเพิ่มขึ้นจาก 8 แห่ง เป็น 12 แห่ง คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.00 ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการลดลงจาก 12.50 กิโลเมตร เป็น 8.25 กิโลเมตร ลดลงร้อยละ 33.96 และระยะเวลารอคอยเฉลี่ย

ลดลงจาก 45.25 นาที เป็น 32.15 นาที ลดลงร้อยละ 28.95

อำเภอคำชะอี มีการพัฒนาที่สำคัญ โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 865 คนต่อเดือน เป็น 1,125 คนต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.06 จำนวนจุดบริการเพิ่มขึ้นจาก 5 แห่ง เป็น 8 แห่ง คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการลดลงจาก 15.75 กิโลเมตร เป็น 10.50 กิโลเมตร ลดลงร้อยละ 33.33 และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 38.50 นาที เป็น 28.75 นาที ลดลงร้อยละ 25.32

อำเภอดอนตาล มีการพัฒนาที่น่าพอใจ โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 785 คนต่อเดือน เป็น 1,085 คนต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.22 จำนวนจุดบริการเพิ่มขึ้นจาก 4 แห่ง เป็น 7 แห่ง คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 75.00 ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการลดลงจาก 18.25 กิโลเมตร เป็น 11.50 กิโลเมตร ลดลงร้อยละ 36.99 และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 42.75 นาที เป็น 30.25 นาที ลดลงร้อยละ 29.24

ในภาพรวมของทั้ง 3 อำเภอ พบว่ามีการพัฒนาที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยจำนวนผู้รับบริการรวมเพิ่มขึ้นจาก 2,895 คนต่อเดือน เป็น 3,890 คนต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.37 จำนวนจุดบริการรวมเพิ่มขึ้นจาก 17 แห่ง เป็น 27 แห่ง คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 58.82 ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการโดยรวมลดลงจาก 15.50 กิโลเมตร เป็น 10.08 กิโลเมตร ลดลงร้อยละ 34.97 และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยโดยรวมลดลงจาก 42.17 นาที เป็น 30.38 นาที ลดลงร้อยละ 27.96 แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในพื้นที่นำร่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ

พื้นที่/ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
อำเภอเมืองมุกดาหาร			
จำนวนผู้รับบริการ (คน/เดือน)	1,245.00	1,680.00	35.02
จำนวนจุดบริการ (แห่ง)	8.00	12.00	50.00
ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการ (กม.)	12.50	8.25	-33.96
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที)	45.25	32.15	-28.95
อำเภอคำชะอี			
จำนวนผู้รับบริการ (คน/เดือน)	865.00	1,125.00	30.06
จำนวนจุดบริการ (แห่ง)	5.00	8.00	60.00
ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการ (กม.)	15.75	10.50	-33.33
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที)	38.50	28.75	-25.32
อำเภอดอนตาล			
จำนวนผู้รับบริการ (คน/เดือน)	785.00	1,085.00	38.22
จำนวนจุดบริการ (แห่ง)	4.00	7.00	75.00
ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการ (กม.)	18.25	11.50	-36.99
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที)	42.75	30.25	-29.24
รวม/เฉลี่ย			
จำนวนผู้รับบริการ (คน/เดือน)	2,895.00	3,890.00	34.37
จำนวนจุดบริการ (แห่ง)	17.00	27.00	58.82
ระยะทางเฉลี่ยถึงจุดบริการ (กม.)	15.50	10.08	-34.97
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที)	42.17	30.38	-27.96

2.3 ผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม

ผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรมใน 4 ด้านหลัก พบว่า ด้านการอนุรักษ์และสืบทอดภูมิปัญญา พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยจำนวนหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก 87 คน เป็น 95 คน เพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนตำรับยาที่ได้รับการบันทึกเพิ่มขึ้นจาก 156 ตำรับ เป็น 185 ตำรับ เพิ่มขึ้น 29 ตำรับ จำนวนองค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดเพิ่มขึ้นจาก 45 เรื่อง เป็น 68 เรื่อง เพิ่มขึ้น 23 เรื่อง และอัตราการสืบทอดความรู้สู่คนรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.25 เป็นร้อยละ 58.75 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.50

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการพัฒนาที่ชัดเจน โดยจำนวนสมาชิกเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 245 คน เป็น 367 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.80 จำนวนกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 12 กลุ่ม เป็น 18 กลุ่ม เพิ่มขึ้น 6 กลุ่ม จำนวนกิจกรรมชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 8 ครั้งต่อเดือน เป็น 15 ครั้งต่อเดือน เพิ่มขึ้น 7 ครั้ง และอัตราการมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.75 เป็นร้อยละ 68.25 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.50

ด้านการพัฒนาทางสังคม แสดงให้เห็นความก้าวหน้า โดยจำนวนแหล่งเรียนรู้ชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 5 แห่ง เป็น 8 แห่ง เพิ่มขึ้น 3 แห่ง จำนวนผู้ผ่านการอบรมเพิ่มขึ้นจาก 185 คน เป็น 235 คน เพิ่มขึ้น 50 คน จำนวนเยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นจาก 95 คน เป็น 168 คน เพิ่มขึ้น 73 คน และอัตราความพึงพอใจของชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.50 เป็นร้อยละ 88.25 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.75

ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน มีพัฒนาการที่น่าพอใจ โดยจำนวนเครือข่ายความร่วมมือเพิ่มขึ้นจาก 8 เครือข่าย เป็น 12 เครือข่าย เพิ่มขึ้น 4 เครือข่าย จำนวนโครงการพัฒนาชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 15 โครงการ เป็น 24 โครงการ เพิ่มขึ้น 9 โครงการ จำนวนผู้นำชุมชนรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นจาก 25 คน เป็น 42 คน เพิ่มขึ้น 17 คน และระดับความเข้มแข็งของชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.25 คะแนน เป็น 4.15 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	การเปลี่ยนแปลง
1. การอนุรักษ์และสืบทอดภูมิปัญญา			
จำนวนหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียน (คน)	87.00	95.00	เพิ่มขึ้น 8 คน
จำนวนตำรับยาที่ได้รับการบันทึก (ตำรับ)	156.00	185.00	เพิ่มขึ้น 29 ตำรับ
จำนวนองค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอด (เรื่อง)	45.00	68.00	เพิ่มขึ้น 23 เรื่อง
อัตราการสืบทอดความรู้สู่คนรุ่นใหม่ (ร้อยละ)	35.25	58.75	เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.50
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน			
จำนวนสมาชิกเครือข่าย (คน)	245.00	367.00	เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.80
จำนวนกลุ่มวิสาหกิจชุมชน (กลุ่ม)	12.00	18.00	เพิ่มขึ้น 6 กลุ่ม
จำนวนกิจกรรมชุมชน (ครั้ง/เดือน)	8.00	15.00	เพิ่มขึ้น 7 ครั้ง
อัตราการมีส่วนร่วมของประชาชน (ร้อยละ)	45.75	68.25	เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.50
3. การพัฒนาทางสังคม			
จำนวนแหล่งเรียนรู้ชุมชน (แห่ง)	5.00	8.00	เพิ่มขึ้น 3 แห่ง
จำนวนผู้ผ่านการอบรม (คน)	185.00	235.00	เพิ่มขึ้น 50 คน
จำนวนเยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรม (คน)	95.00	168.00	เพิ่มขึ้น 73 คน
อัตราความพึงพอใจของชุมชน (ร้อยละ)	75.50	88.25	เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.75

ตารางที่ 3 สรุปผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม

ตัวชี้วัด	ก่อน ดำเนินการ	หลัง ดำเนินการ	การเปลี่ยนแปลง
4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน			
จำนวนเครือข่ายความร่วมมือ (เครือข่าย)	8.00	12.00	เพิ่มขึ้น 4 เครือข่าย
จำนวนโครงการพัฒนาชุมชน (โครงการ)	15.00	24.00	เพิ่มขึ้น 9 โครงการ
จำนวนผู้นำชุมชนรุ่นใหม่ (คน)	25.00	42.00	เพิ่มขึ้น 17 คน
ระดับความเข้มแข็งของชุมชน (คะแนนเต็ม 5)	3.25	4.15	เพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพของ Smith และ Anderson[10]ที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจ โดยองค์ประกอบของรูปแบบครอบคลุมทั้งการพัฒนาบุคลากร การจัดการความรู้ การพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการ และการส่งเสริมการตลาด สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์[11] ที่พบว่าการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพจำเป็นต้องมีการบูรณาการระบบการจัดการและการพัฒนาในทุกมิติ

การที่รูปแบบให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสอดคล้องกับผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิชชา ศรีถาน และคณะ[13] ที่พบว่าการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญา

ผลการดำเนินงานที่พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการจ้างงานและรายได้จากการท่องเที่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี แก้วสา และคณะ[14] ที่พบว่าการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพส่งผลดีต่อเศรษฐกิจชุมชน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของชนัญชิดา อนุชาติ และฐิรชญา มณีเนตร[15] ที่พบว่าการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจให้กับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพระดับจังหวัดที่ชัดเจน

2. ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง

3. ควรสร้างกลไกการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย

4. ควรกำหนดมาตรการส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนในการนำรูปแบบไปใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านมาตรฐานการให้บริการและการพัฒนาผลิตภัณฑ์

3. ควรสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนผ่านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนาร่วมกัน

4. ควรพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของการดำเนินงานต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

2. ควรวิจัยและพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ตอบสนองความต้องการของตลาด

3. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาธุรกิจด้านการแพทย์แผนไทยที่ยั่งยืน

4. ควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างพื้นที่เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ

5. ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการรับรองมาตรฐานการให้บริการและผลิตภัณฑ์

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. หลักการวินิจฉัยโรคในการแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2566;21(2):115-32.
2. สมชาย วงศ์ทองดี และคณะ. องค์ความรู้พื้นฐานการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
3. วิชัย เทียนถาวร. ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2023.
4. Brown A, et al. Sustainable development in health economy: Key success factors and challenges. J Health Econ. 2023;42(3):245-60.
5. Chen W, Rodriguez S. Sustainable development strategies for health tourism. J Sustain Tourism. 2023;31(4):567-84.
6. Davis R, Anderson P. Framework for analyzing health economy systems. Health Policy Plan. 2023;38(2):178-92.
7. Johnson M, et al. Components and dynamics of health economy. Health Econ Rev. 2023;13(4):412-28.
8. Lee S, Chen W. Integrative medicine: Combining Thai traditional medicine with modern healthcare. Evid Based Complement Alternat Med. 2023;2023:987654.
9. Martinez C, Rodriguez S. Value creation in health economy: A three-dimensional approach. J Healthc Manag. 2023;68(2):156-71.
10. Smith J, Anderson K. Understanding health economy: Principles and practices. Health Econ. 2023;32(1):89-104.
11. Smith J, Williams K. Conservation strategies for medicinal plants in Thailand. Biodivers Conserv. 2023;32(8):567-84.
12. Taylor R, et al. Development of comprehensive Thai herbal database system. J Ethnopharmacol. 2023;296:115438.
13. Thompson R, et al. Innovation as a driver of health economy growth. Int J Healthc Innov. 2023;15(3):267-82.
14. White S, Johnson P. Future trends in health economy development. Health Policy. 2023;127(5):534-49.
15. Wilson M, Thompson L. Supply and demand theory in health economy context. Health Econ Policy Law. 2023;18(2):145-60.
16. World Health Organization. Health economy: Definition and scope. WHO Technical Report Series, No. 1025; 2022.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with ruptured cerebral aneurysm: a case study of 2 cases.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ดรุณี สีหา[1]
Darunee Seeha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก 2 รายรายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เข้ารักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี มาด้วยอาการ 1 วันก่อนมามีอาการชักเกร็งทั้งตัว หลังชักซึมลงและมีอาการปวดศีรษะตลอด วินิจฉัยโรคแรกรับ Ruptured left Anterior Communicating aneurysm ทำผ่าตัด Left craniotomy to aneurysm clipping ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 12 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการปวดศีรษะ มา 2 วัน ลักษณะปวดจี๊ด ๆ วินิจฉัยโรคแรกรับ Rupture Left Anterior Cerebral artery aneurysm ทำผ่าตัด Right Craniotomy with Wrapping Aneurysm หลังผ่าตัด 2 วัน มีอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง ลง CT Brain พบ Acute Subdural Hematoma แพทย์ทำการผ่าตัด Re-Right Craniotomy with clipping aneurysm จากการผ่าตัดพบ Infected Aneurysm ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและส่งตัวไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ รวมอยู่รักษาทั้งหมด 29 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

Abstract

This study was case study aimed to study and compare 2 patients with ruptured cerebral aneurysm, a case study of 2 patients admitted to the neurosurgery ward 1, Khon Kaen Hospital. To study and compare 2 patients with ruptured cerebral aneurysm, specifically selected from patients with ruptured cerebral aneurysm admitted to the neurosurgery ward 1, Khon Kaen Hospital. Data from medical history, treatment, medical records, interviews, and health assessment were collected. Nursing diagnosis was determined using the Gordon 11 Health Assessment Model. Plan nursing care according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate the results.

Results of the study: Case study 1: A 40-year-old Thai male patient came with symptoms of convulsions all over the body 1 day before the seizure. After the seizure, he became lethargic and had a constant headache. The initial diagnosis was Ruptured left Anterior Communicating aneurysm. The surgery was Left craniotomy to aneurysm clipping. The total hospital stay was 12 days. Case 2 a 49-year-old Thai male who presented with sharp headache for two days. Initial diagnosis was ruptured left anterior cerebral artery aneurysm. the patient underwent right craniotomy with aneurysm wrapping. Two days postoperatively, the patient developed right-sided hemiparesis. CT brain revealed acute subdural hematoma, necessitating a second surgery (Re-Right Craniotomy with aneurysm clipping). Intraoperative findings revealed an infected aneurysm. The patient received intravenous antibiotic therapy

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

and was discharged with referral to a local hospital for completion of antibiotic treatment. The total length of hospitalization was 29 days.

Keywords: Nursing, Cerebral aneurysm, Craniotomy

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Cerebral aneurysm) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีลักษณะของโป่งออกเป็นกระเปาะผนังหลอดเลือดบริเวณกระเปาะจะบางลงและเมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นจะมีโอกาสแตกง่าย อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองทั่วโลกประมาณ 6.7 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทยปี 2564 ในประเทศไทยพบ 10-15 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปีซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4] การแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Rupture cerebral Aneurysm) เป็นสาเหตุสำคัญของการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอแรกนอยด์ (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: ASAH) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เกิดทุพพลภาพและอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้[7] หากไม่ได้รักษาหรือรักษาไม่ทันเวลา โอกาสที่จะเกิดการแตกซ้ำประมาณร้อยละ 8-10 ใน 24 ชั่วโมงแรกพบ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดำเนินของโรคและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (Cerebral vasospasm: CVS) สมองขาดเลือด (Cerebral ischemia) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) ภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ภาวะชัก (seizures) ภาวะเลือดออกในสมอง (intracranial hematoma)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นสถานบริการที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและระบบบริการ มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดจากข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง จำนวน 44 , 26, และ 34 ราย ในปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 ตามลำดับ[5]

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีอันตรายสูง การวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีสามารถลดอัตราตายและพิการของผู้ป่วยได้ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกมักมีภาวะวิกฤติทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ความรู้ต่อบทบาท หน้าที่ของพยาบาลจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ลดอัตราการเสียชีวิตและความ พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะ ด้านความรู้ความชำนาญมีตอบสนองที่ต่อการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และมีการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรวดเร็วถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะคุกคามที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย และสามารถฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับการมีแนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยจะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก 2 รายรายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอนโดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1. ข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	40 ปี	48 ปี
สถานภาพสมรส	โสด	คู่
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	ค้าขาย	รับจ้างทั่วไป
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ที่อยู่ปัจจุบัน	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.พระยืน จ.ขอนแก่น
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
วันที่เข้ารับรักษา	11 กรกฎาคม 2566	10 ธันวาคม 2566
วันที่จำหน่าย	22 กรกฎาคม 2566	8 มกราคม2567
รวมวันนอนรักษา	11 วัน	29 วัน

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปพบว่าผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบข้อมูลที่เหมือนกันคือ เพศชาย เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สิทธิการรักษา ส่วนที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 อาชีพค้าขาย อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง และระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 วันนอนรวมรักษา 11 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับจ้างทั่วไป อยู่ในเขต อ.พระยืน จ.ขอนแก่น วันนอนรวมรักษา 29 วัน

1.2. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็งทั้งตัว นาน 1 นาที	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะลักษณะปวดจี๊ด ๆ
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	มาด้วยอาการชักเกร็งทั้งตัว นาน 1 นาที หลังชักซึมลงและมีอาการปวดศีรษะตลอด รับประทานยาลดปวดไม่ดีขึ้น ประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน BP 221/114 mmHg GCS E4V5M6 pupil 2 mm RTLBE Motor Power grade 5 all ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan Brain: 1. Ruptured saccular aneurysm at anterior communicating artery. 2. Acute SAH along interhemispheric fissure, parasagittal frontal sulci, Suprasellar cistern and left sylvian fissure. 3. Diffused brain swelling with impending descending transtentorial brain herniation. การวินิจฉัยแรกรับ Ruptured left Anterior Communicating aneurysm with Left Subarachnoid hemorrhage.	มาด้วยอาการอาการปวดศีรษะลักษณะปวดจี๊ด ๆ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่ห้องฉุกเฉิน GCS: E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE Motor Power grade 5 all BP 150/89 mmHg ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan Brain) 10 ธันวาคม 2566 : Subarachnoid hemorrhage at corpus callosal sulcus, cerebral sulci, basal cistern, pre pontine cistern and para-sagittal region. Rupture ACA aneurysm. การวินิจฉัยแรกรับ Rupture Anterior Communicating aneurysm. with Left subarachnoid hemorrhage with Subarachnoid hemorrhage at corpus callosal sulcus.
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
4. ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว
5. ประวัติการแพ้	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
7. สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายติด	สูบบุหรี่ 5-10 มวน/ วัน ดื่มแอลกอฮอล์ เบียร์ 1-2 กระป๋อง/วัน	ปฏิเสธการใช้สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายติด
8. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านปูนชั้นเดียว อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค	บ้านสองชั้นข้างบนทำด้วยไม้ ชั้นล่างทำด้วยปูน อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค
9. การวินิจฉัยครั้งแรก	Ruptured left Anterior Communicating Artery aneurysm with Left subarachnoid hemorrhage.	Rupture Anterior Communicating Artery aneurysm with Left subarachnoid hemorrhage at corpus callosal sulcus.
10. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Ruptured left Anterior Communicating Artery aneurysm	Rupture Anterior Communicating Artery aneurysm
11. การผ่าตัด	วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 aneurysm ทำผ่าตัด Left craniotomy to aneurysm clipping	วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ทำผ่าตัด Right Craniotomy with Wrapping Aneurysm วันที่ 14 ธันวาคม 2566 แพทย์ทำการผ่าตัด Re-Right Craniotomy with clipping aneurysm
12. Risk factor ระหว่างการรักษา	1. มีภาวะความดันสูงวิกฤต 2. ปวดศีรษะระดับรุนแรง ได้รับยา Tramol หลังผ่าตัดรุนแรง PS 10 คะแนน ได้รับยา Morphine IV q 4 hr 3.หลอดเลือดสมองหดเกร็ง 4. อาการชัก	1. ความดันโลหิตสูง 2. มีการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง 3. มีอาการปวดศีรษะ ได้รับยา Morphine 4. อาการชัก 5. ผ่าตัดครั้งที่ 2 พบ Infected Aneurysm

จากตารางที่ 2 ข้อมูล ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อาการสำคัญนำมา 1 วันก่อนมามีอาการชักเกร็งทั้งตัว นาน 1 นาที หลังชักซึมลง และมีอาการปวดศีรษะตลอด รับประทานยาลดปวดไม่ดีขึ้น ประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน BP 221/114 mmHg GCS E4V5M6 pupil 2 mm RTLBE Motor Power grade 5 all CT Scan Brain: 1. Ruptured saccular aneurysm at anterior communicating artery. 2. Acute SAH along interhemispheric fissure, parasagittal frontal sulci, Suprasellar cistern and left sylvian fissure. 3. Diffused brain swelling with impending descending transtentorial brain herniation การวินิจฉัยโรคแรกรับ Ruptured left Anterior Communicating Artery aneurysm with Left subarachnoid hemorrhage. ทำผ่าตัด Left craniotomy to aneurysm clipping. วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะระดับรุนแรง PS 10 คะแนน ได้รับยา Morphine ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อควบคุมอาการปวด มีความความดันโลหิตสูง ให้ยารักษา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบน SBP น้อยกว่า 160 mmHg จนสามารถควบคุมด้วยยารับประทานได้ และได้รับยา Nimodipine รับประทานเพื่อป้องกันหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ได้ยา Keppra ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้อกันการชัก จนผู้ป่วยอาการคงที่ GCS E4V5M6 ความดันโลหิตควบคุมได้ และไม่มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยา มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ มา 2 วัน ลักษณะปวดจี๊ด ๆ ประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่ห้องฉุกเฉิน GCS: E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE Motor Power grade 5 all BP 150/89 mmHg CT Scan Brain: 1. Subarachnoid hemorrhage at corpus callosal sulcus, cerebral sulci, basal cistern, prepontine cistern and para-sagittal region. 2. Rupture ACA aneurysm cannot be excluded. 3. Minimal intraventricular hemorrhage in left lateral ventricle การวินิจฉัยโรคแรกรับ Ruptured Anterior Communicating Artery aneurysm with Left subarachnoid hemorrhage. Admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ทำผ่าตัด Right Craniotomy with Wrapping Aneurysm หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power gr 0 ด้านซ้าย Motor power gr 5 GCS E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE แพทย์ทำการผ่าตัด Re- Right Craniotomy with clipping aneurysm วันที่ 14 ธันวาคม 2566 Intra Operation finding :Inspected infected Aneurysm

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรกรับ	1. เสี่ยงต่อภาวะการกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. เสี่ยงต่ออันตรายจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง	1.เสี่ยงต่อภาวะการกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2.เสี่ยงต่ออันตรายจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง
ระยะวิกฤต	3. มีภาวะชีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	3. มีภาวะชีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
	5. มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 7. มีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บและมีการกระทบกระเทือน 8. แบบแผนการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาอ่อนแรง 9.วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย	5.มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 7.มีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บและมีการกระทบกระเทือน 8. แบบแผนการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาอ่อนแรง 9.วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย
ก่อนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	10.ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน	10.ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 10 เรื่องที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะรับใหม่ ระยะดูแลวิกฤติขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะรับใหม่ ระยะดูแลวิกฤติขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี อาการสำคัญ 1 วันก่อนมามีอาการชักเกร็งทั้งตัว นาน 1 นาที หลังชักซึมลงและมีอาการปวดศีรษะตลอด รับประทานยาลดปวดไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะความดันสูงวิกฤตได้ยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตผล มีอาการปวดศีรษะระดับรุนแรง ได้รับยา Tramol เพื่อควบคุมอาการปวด เข้ารับการรักษา วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 การวินิจฉัยโรคแรกรับ Left subarachnoid hemorrhage with left frontal hemorrhage Ruptured left Anterior Communicating aneurysm ได้รับการผ่าตัด Left craniotomy to aneurysm clipping วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 วัน จนตื่นดีสามารถหายใจได้เองจึงเอาท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจออก ประเมินทางระบบประสาท GCS E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะระดับรุนแรง PS 10 คะแนน ได้รับยา Morphine IV q 4 hr. เพื่อควบคุมอาการปวด มีภาวะความความดันโลหิตสูง ให้ยารักษา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบน SBP น้อยกว่า 160 mmHg จนสามารถควบคุมด้วยยารับประทานได้ และได้รับยา Nimodipine รับประทานเพื่อป้องกันหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ได้ยา Keppra ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการชัก จนผู้ป่วยอาการคงที่ GCS E4V5M6 ความดันโลหิตควบคุมได้ และไม่มีอาการปวดศีรษะ ในช่วงการรักษาพบ โรคร่วมคือ Emergency Hypertension , Epilepsy Complication : Vasospasm Hypokalemia จำหน่ายวันที่ 22 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 12 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อดังนี้ 1.เสี่ยงต่อภาวะการกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. เสี่ยงต่ออันตรายจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง 3. มีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก

ระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 5.มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ 6.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 7. มีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บและมีการกระทบกระเทือน 8. แบบแผนการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาอ่อนแรง 9. วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย 10. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน จำหน่ายวันที่ 22 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 12 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ มา 2 วัน ลักษณะปวดจี๊ด ๆ ประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่ห้องฉุกเฉิน GCS: E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE Motor Power grade 5 all BP 150/89 mmHg การวินิจฉัยโรคแรกรับ Ruptured Anterior Communicating Artery aneurysm with Left subarachnoid hemorrhage. วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ทำผ่าตัด Right Craniotomy with Wrapping Aneurysm หลังผ่าตัด 2 วัน วันที่ 13 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power gr 0 ด้านซ้าย Motor power gr 5 GCS E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE ตรวจ CT Brain: Slight increased size of the aneurysm of A4 segment of left ACA, acute SDH along anterior falx cerebri, about 1.3 cm in maximal thickness. แพทย์ทำการผ่าตัด Re- Right Craniotomy with clipping aneurysm วันที่ 14 ธันวาคม 2566 Intra Operation finding : Inspected infected Aneurysm เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลานาน การผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจเพื่อดูแลระบบการหายใจ จนผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ปกติจึงถอดท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจออก ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง ได้รับยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำและเปลี่ยนเป็นยารับประทานเมื่อความดันโลหิตควบคุมได้ มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งได้รับยา Nimotop เพื่อป้องกันและลดภาวะหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง มีอาการปวดศีรษะ ได้รับยา Morphine ทางหลอดเลือดดำและเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทานเมื่ออาการปวดควบคุมได้ ได้รับยา Keppra เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการชัก ผลจากการผ่าตัดครั้งที่ 2 พบ Infected Aneurysm ปรึกษาแพทย์อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ 4 สัปดาห์ ได้ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ จำหน่าย 8 มกราคม 2567 โดย ส่งตัวไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ อยู่รักษาทั้งหมด 29 วัน อาการก่อนกลับ E4V5M6 Motor power gr 5 all พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อดังนี้ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อดังนี้ 1. เสี่ยงต่อภาวะการกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. เสี่ยงต่ออันตรายจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง 3. มีภาวะชีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่อง จากระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 5.มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 7. มีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บและมีการกระทบกระเทือน 8. แบบแผนการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาอ่อนแรง 9. วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย 10. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติอาการดีขึ้นจำหน่าย 8 มกราคม 2567 โดยส่งตัวไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ อยู่รักษาทั้งหมด 29 วัน อาการก่อนกลับ E4V5M6 Motor power gr 5 all

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองทั้ง 2 ราย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ อาการอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติชักร่วม

ด้วย ผลจากการตรวจ CT Scan Angiogram Brain พบหลอดเลือดโป่งพองอยู่ที่ตำแหน่ง Left Anterior Cerebral artery มีเลือดออกมาในชั้นเยื่อหุ้มสมองส่วนกลาง มีการหดเกร็งของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะ และมีอาการชักในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในกรณีศึกษารายที่ 1 หนีบหลอดเลือดโป่งพอง (Clipping Aneurysm) ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 ทำ Wrapping Aneurysm การผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพองนี้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยมักได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากโรค คือภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งได้มีการรักษาด้วยยา Nimotop เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ช่วยลดการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และต้องมีการติดตามอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ รายที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเกิดภาวะแทกซ้อนหลังก่อนผ่าตัด คือการมีเลือดออกซ้ำ ได้ทำการผ่าตัดซ้ำ เพื่อนำก้อนเลือดออก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีสมรรถนะ ความชำนาญและตอบสนองที่รวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และมีการตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะคุกคามที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

จากการเปรียบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการหลังผ่าตัดเหมือนกันคือหลังผ่าตัดมีอาการปวดศีรษะระดับรุนแรง มีความความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองหดเกร็ง ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ในพบ โรคร่วม คือ Emergency Hypertension , Epilepsy Complication : Vasospasm Hypokalemia ในส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 การผ่าตัดครั้งที่ 2 พบ มีเลือดออกซ้ำ และ Infected Aneurysm

เอกสารอ้างอิง

1. กรกฎ สุวรรณอัคระเดชา, กุสุมา คุวัฒนสัมฤทธิ์ และพงษ์วัตน์ พลพงษ์. (2561). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรชนอยด์หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย;5(1):75-93.
2. นภาพร ชมสวัสดิ์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและมีภาวะติดเชื้อที่ปอด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(1), 550-556.
3. เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และยุพาวรรณ ทองตะนุนาม. (2560). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารสมาคมวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8 (1), 35-45
4. สุมาลี ธรรมะ และคณะ (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง.วารสารสุขภาพและการการศึกษาพยาบาล.;19(1)
5. สุพรพรรณ์ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือด สมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอแรกนอยด้จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. วารสาร วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี กรุงเทพ, 35(1), 24-35
6. Diringer, M. N., & Zazulia, A. R. (2017). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: strategies forpreventing vasospasm in the intensive care unit. Seminars in respiratory and critical care medicine ;38,(6):760-767). Thieme Medical Publishers.
7. Hickey, J.V., & Strayer, A.L.(2020). Diagnosis and treatment of unruptured intracranial aneurysms and aneurysmal subarachnoid hemorrhage. In Mayo Clinic Proceedings. Elsevier.29;34(1):11-22.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Non-ST Elevation Myocardial Infraction : 2 Case Studies

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ภัญกร บุญพลเขตร์[1]
Phayakorn Boonphonket

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษา เดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย มีความต่างกันในประเด็นดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ การสูบบุหรี่ 2) อาการและอาการแสดง และมีประเด็นที่ไม่ต่างกัน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยโรค 2) การทำหัตถการ 3) การให้ยาขณะรับการรักษา 4) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย สรุปผลการศึกษา:ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มักมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (NSTEMI)

Abstract

This study was case study aimed to compare the clinical progression, treatment, and nursing care of two NSTEMI patients with comorbidities. A case study was conducted on two NSTEMI patients with comorbidities from January to October 2023.

Results: The two case study patients exhibited differences in the following areas: 1) Personal risk factors for disease, including age, gender, pre-existing conditions, dietary habits, and smoking; 2) Symptoms and clinical manifestations. However, similarities were noted in: 1) Diagnosis; 2) Interventional procedures; 3) Medication administered during treatment; and 4) Major nursing diagnostic issues during the critical phase, continuity of care, and discharge planning. NSTEMI patients with other comorbid conditions often present with more severe and acute symptoms. Comprehensive problem identification and nursing care planning contribute to ensuring patient safety from complications.

Keywords: Nursing Care, Acute Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation acute coronary syndrome (NSTE-ACS)) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และทั่วโลก เป็นภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และเป็นสาเหตุการตายในประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 4 – 12 และอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ตัน สำหรับประเทศไทยเป็น

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของคนไทย พบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเสียชีวิต ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 21,870 ราย ในปีพ.ศ.2564 เพิ่มเป็นเป็น 21,870 ราย คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ในระยะเวลา 4 ปี โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี[6]และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียก (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI)ในปี พ.ศ.2561 ร้อยละ10 ส่วนผู้ป่วยชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI)[4] ยังมีอัตราเสียชีวิตที่ 1 ปี สูงถึงร้อยละ 25 (The Heart Association of Thailand, 2020) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องรีบด่วน และมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการตาย ป้องกัน การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช๊อคจากหัวใจหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น[3] จากข้อมูลความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้ศึกษาซึ่งเป็นหนึ่งในทีมการพยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) จึงได้จัดทำกรณีศึกษา เพื่อนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนางานด้านคุณภาพการพยาบาลภายในองค์กร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจในบริการ รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่สนใจที่จะศึกษาค้นคว้าหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในลำดับถัดไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการ

ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษา เดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) การประเมินภาวะสุขภาพ2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3)ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1. ข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยา/สารเคมี การใช้ยา/สารเสพติด อาการและการรักษาแรกรับ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สถานะจำหน่ายและการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	59 ปี	74 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ผู้สูงอายุ
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ที่อยู่ปัจจุบัน	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.ห้วยผึ้ง จ.กาฬสินธุ์
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม รพ ขอนแก่น	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
วันที่เข้ารับรักษา	9 กุมภาพันธ์ 2566	16 มีนาคม 2566
วันที่จำหน่าย	22 กรกฎาคม 2566	21 มีนาคม 2566
รวมวันนอนรักษา	13 วัน	5 วัน

จากตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ส่วนที่เหมือนกัน คือ สถานภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา การศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน ส่วนที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับจ้างทั่วไป วันนอนรวมรักษา 13 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 อาชีพผู้สูงอายุ วันนอนรวมรักษา 29 วัน

1.2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล	หอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129 Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ได้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O_2 Sat 96 -98% Monitoe Show sinus trachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะ ไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 ˚C, BP 127/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO_2 81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO_2 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm iv. Stat refer โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Admit Dx. NSTEMI with CHF Serial Trop T 1160-1672 Tx. ASA(81) 1 tab , Ticagrelor(90) 2 tab oral ,Enoxaparin 0.6 sc.OD
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	Old CVA loos F/U,Heavy Smoking	T2 DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI
4. ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
5. ประวัติการแพ้	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
6. สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายเสพติด	สูบบุหรี่จัด ดื่มแอลกอฮอล์ เบียร์ 1-2 กระป๋อง/วัน	ปฏิเสธการใช้สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายเสพติด
8. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค	บ้านชั้นเดียวอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค
9. การวินิจฉัยครั้งแรก	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI)	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI)
10. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	NSTEMI with CHF with Old CVA	NSTEMI with T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI
11. การผ่าตัดและหัตถการอื่นๆ	Coronary Artery Angiography TVD 16 กุมภาพันธ์ 2467	STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II)วันที่ 1 มีนาคม 2567
12.แผนการรักษา	On ETT with Ventilator full support O_2 Sat 96 -98% Monitoe Show sinus trachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ	On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก SpO_2 97 %,GCS E4VTM6 การรักษา Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ R/O Pneumonia ให้ยาปฏิชีวนะFortum 2 gm
Risk factor	U/D Old CVA ขาดการติดตามอาการตามนัด	T2 DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI

จากตารางที่ 2 ข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี U/D Old CVA loos F/U Heavy Smoking : 4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129 Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ได้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O_2 Sat 96 -98% Monitoe Show sinus trachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี U/D T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II) ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล, 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 ˚C, BP 1 27/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO_2 81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO_2 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr.ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm

การวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ผู้ศึกษาได้วางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ ที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับ มีความคล้ายกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรก	1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดกั้นภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา	1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดกั้นภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา
หลังระยะแรก	7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา	1) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 2) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 3) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 5) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา
ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม	12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 12 เรื่องที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรก หลังระยะแรก ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ผู้ศึกษาได้วางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ กรณีศึกษารายที่ 1ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี U/D Old CVA loos F/U,Heavy Smoking : 4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129

Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ได้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O_2 Sat 96 -98% Monitoe Show sinus trachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ Try off ETT ได้ ย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 13 วัน โดยได้รับยากลับบ้านเป็นยารับประทาน นัดพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อดังนี้ 1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดกั้นภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา 12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี U/D T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II) ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล, 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 ˚C, BP 1 27/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO_2 81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO_2 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm iv. Stat refer โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Admit Dx. NSTEMI with CHF Serial Trop T 1160-1672 Tx. ASA(81) 1 tab , Ticagrelor(90) 2 tab oral ,Enoxaparin 0.6 sc.OD, Refer โรงพยาบาลขอนแก่น Admit CCU แรกรับรู้ตัวรู้เรื่องดี On ETT with Ventilator full support, Monitor EKG แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ Try off ETT ได้ ย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน โดยได้รับยากลับบ้านเป็นยารับประทาน นัดพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อดังนี้ 1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดกั้นภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI จะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ปัจจัยของการเกิดโรคในผู้ป่วยอาจเกิดจาก อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น การตรวจวินิจฉัยทั้งทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่เร่งด่วน โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและส่วนต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น ช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงจนอาการคงที่ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัย ให้เร็วที่สุดและให้การรักษาด้วย reperfusion therapy ซึ่งอาจจะใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด การใส่ขดลวด หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถ และความพร้อมของบุคลากร ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้น ทำให้อัตราการตายลดลง[4,5]

ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI จึงต้องมีความรู้ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากโรค การใช้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ การติดตามคลื่นหัวใจ และวางแผนให้การพยาบาลครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นทุกระยะของการดูแลที่รวดเร็ว ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันท่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ในการวางแผนจำหน่าย การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ[6,7]

ข้อเสนอแนะ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มักมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็น แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และการนิเทศทางคลินิก รวมทั้งนำไปพัฒนาเป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จอม สุวรรณโณ, เบญจมาศ ช่วยชู และ เจนเนตร พลเพชร. (2561). ความสัมพันธ์ของระดับความเสี่ยงกับการ เกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ไม่ยกสูง: การประเมิน ทางคลินิกโดยใช้คะแนน GRACE. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(1), 16-28.

2. ฉัตรพร หัตถกรรม วนิดา เคนทองดี และพรวีนัส โสกัณทัต. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง โรงพยาบาลเลย.วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ, 39(2), 87-96.

3. นพดล ชำนาญผล. (2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI Acute ST-segment elevation myocardial infarction. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด.

4. ผ่องศรี ศรีมรกต. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. พลกฤษ สุขคง และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายต่อการเสียชีวิต ณ ช่วง 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 32(1), 44-58.

5.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ.2564 Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2021. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน

6.American Heart Association. (2015). Heart attack or sudden cardiac arrest: How are they different. Retrieved from http://www.heart.org/

7. Granger, C. B., et al. (2003). Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Archives of Internal Medicine, 63(19), 2345-2353.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตภาคเหนือ

The Effects of Self-Management Supportive Program on knowledge and Stroke Prevention Behavior among High risk of Hypertensive Persons in The Northern Part of Thailand.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

พรรณพิไล สุทธนะ[1] ปิ่นนเรศ กาศอุดม[2] กชวรรณ ทะวิชัย[3]
Phanphilai Sutthana[1], Pinnarate Gadudom[2], Kotchawan Thawichai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 40 – 60 ปี มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI เกินค่ามาตรฐาน (≥23) โดยการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างง่ายและคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney Test

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง, ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคเหนือ

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design that aimed to study the effects of a self-management enhancement program on knowledge and behaviors regarding stroke prevention. The sample consisted of 60 persons aged 40-60 with blood pressure ranging from 121/81-139/89 mmHg and a BMI over 23. They were equally divided into a control group and an experimental group. Persons in the experimental group participated in a 6-week self-management program.

The research instruments included: 1) a questionnaire about knowledge and behaviors regarding stroke prevention, and 2) a self-management program regarding stroke prevention. Both instruments obtained content validity indices of 0.95 and 0.96 respectively. The questionnaire had a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.84. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U test.

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ Corresponding author Email: kotchawun@bcnph.ac.th

The findings revealed that: 1) after participating in the program, the experimental group reported higher mean scores of knowledges and behaviors regarding stroke prevention than before participation ($p<.01$), and 2) the mean scores of knowledge and behaviors regarding stroke prevention reported by the experimental group were higher than those of the control group ($p<.01$).

Keywords: Self-management Support Program, Stroke Prevention Knowledge and Behaviors, High Blood Pressure Risk Group in Northern Region

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลัน เนื่องจากขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ แตกหรืออุดตัน ส่งผลให้เซลล์สมองเกิดการตาย เกิดอาการชาที่ใบหน้า พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบากและอาจทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้[1] รายงานจากองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) พบว่า ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) 26 ล้านคน และพิการถาวรจำนวน 5 ล้านคน[2] นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลก ปี พ.ศ.2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน[3]

สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้นๆของประเทศ รายงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ระบุว่า ในปีพ.ศ. 2558 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรไทยทั้งในเพศชายและเพศหญิง[1] พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดในประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 328.01 330.22 และ 330.72 คนต่อแสนประชากรตามลำดับอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 52.97 52.80 และ 55.53 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง[4] ระหว่างปี พ.ศ. 2564 -2566 เท่ากับ 43.87 40.58 และ 47.41 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับจังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 405.23, 443.04 และ 490,75 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 29.72 35.44 และ 40.17 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ[5] เห็นได้ว่าจังหวัดแพร่มีแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้อัตราความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยกว่าร้อยละ 30 - 50 อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือพยายามแยกตัวออกจากสังคม ตลอดจนการกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย คนละ 100,000 บาทต่อปี รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,000 ล้านบาทต่อปี[6] ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ หลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ (Low fat diet) รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัดที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้หนักปานกลาง เช่น เดิน 30 - 40 นาที วิ่งหรือปั่นจักรยาน 30 นาที จำนวน 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะของคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท รวมถึงควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์[7]

นอกจากนี้การส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ถึงความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการตนเองได้ดีขึ้นด้วยการเฝ้าระวังป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3อ (อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย) และ 3ลด (ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา และลดอ้วน) ด้วยแนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ที่นำมาใช้ในการแบ่งกลุ่มประชาชนเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) และกลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (สีดำ) เพื่อนำมาใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคนำไปสู่การเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มสีที่รุนแรงและลดกลุ่มสีลงมาสู่กลุ่มปกติ

การที่บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคนั้นๆ และโรคนั้นมีความรุนแรงและเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก มีตัวแปรสุขภาพ คือ ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกายและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น มีความรู้เรื่องการจัดการตนเองส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและโรคหืด พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ควบคุมอาการของโรคได้และสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ[8]

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดย Creer เป็นผู้เริ่มสังเคราะห์คำว่า “การจัดการตนเอง” เมื่อกลาง ค.ศ. 1970 โดยให้ความหมายว่า การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล(information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล(information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction)[9] โดยแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในหลายวงการ เช่น ด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม

เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)[10] ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบันภายใต้ความเชื่อที่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตภาคเหนือ เพื่อนำผลการวิจัยใช้ประโยชน์สำหรับการสนับสนุน การจัดการตนเองเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer11 เป็นแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนที่มีอายุ 40 – 60 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตและ BMI เกินค่ามาตรฐาน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่จั๊วะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

เกณฑ์การคัดเข้า มีอายุตั้งแต่ 40 ปี-60 ปี มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI เกินค่ามาตรฐาน (≥23) ทั้งเพศชายและหญิง มีการรับรู้ปกติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบถ้วน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมในภายหลัง

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่มีอายุ 40 – 60 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI เกินค่ามาตรฐาน (≥23) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power กำหนดใช้สถิติ T-Test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรแบบทางเดียว (One-tail) ระบุขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ.05 และกำหนดอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) ที่ .80 จากการ

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 10% รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 30 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย 3 อ. 3 ลด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบถูก ผิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย 3 อ. 3 ลด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับจาก 1-4 ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เคยทำเลยใน 1 สัปดาห์ พฤติกรรมที่แทบไม่ทำ พฤติกรรมที่ทำ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และ พฤติกรรมที่ทำทุกวัน/เกือบทุกวัน

2. โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[11] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ

3. คู่มือการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการจัดการตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ท่านค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

คณะผู้วิจัยดำเนินการประเมินความเสี่ยงในประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดพะเยา จังหวัดน่าน และจังหวัดแพร่ โดยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำการประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชากรกลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม

คณะผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างชุดกิจกรรมสำหรับใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer[11] ที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนหรือประเมินตนเองโดยบุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม

ระยะที่ 3 การดำเนินตามโปรแกรม

ขั้นเตรียมการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบ

คัดกรองด้วย ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี โดยมีผลการตรวจ ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI ≥23

2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน ด้วยการจับฉลาก

3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนในโปรแกรมการทดลองวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย 3 อ. 3 ลด ก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ขั้นการเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-6)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมที่ 1: การตั้งเป้าหมาย โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการจัดการตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเข้าฐานกิจกรรมการจัดการตนเอง 4 ฐาน ประกอบด้วย 1) ฐานความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) ฐานอาหาร : อาหารหลัก 5 หมู่ การควบคุมอาหาร โดยลดการบริโภคแป้ง ข้าว ผลไม้รสหวาน 3) ฐานการออกกำลังกาย : ขยับกายสบายชีวี หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย การเผาผลาญพลังงานของการออกกำลังกายแต่ละประเภท และ 4) ฐานการจัดการความเครียด : การบริหารความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดลมหายใจ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฟังดนตรีรวมถึงการแปลผลค่าระดับความดันโลหิต จากนั้นให้ตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงจากเดิมโดยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด

กิจกรรมที่ 2: การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยให้บันทึกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของตนเอง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กิจกรรมที่ 3: การประมวลผลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยแจ้งผลการวัดระดับความดันโลหิตและกลุ่มสีตามการคัดกรองด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ให้รับทราบระดับความรุนแรงของตนเอง และบันทึกสรุปพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 3 ลด ของตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจโดยผู้วิจัยเชิญชวนให้ทำการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 3 ลด ที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 - 6 กิจกรรมที่ 5.1: การลงมือปฏิบัติ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 3 ลด ที่ตัดสินใจที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรมที่ 5.2 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 3 ลด โดยการเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้งโดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันวางแผนแก้ไขและปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตนให้เหมาะสม พร้อมทั้งกล่าวคำชมเชยในผู้ที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที) กิจกรรมที่ 6: การสะท้อนตนเองโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองพูดถึงที่การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายบุคคลเป็นกลุ่มย่อย

สำหรับกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัย บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการจัดการตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 1 – 6 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ระยะที่ 4 การสรุปกิจกรรมทั้งหมดของโปรแกรมการจัดการตนเอง

กลุ่มทดลอง ประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ตอบแบบสอบถาม

วัดความดันโลหิต และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกัน สรุปการเรียนรู้ วิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง เสริมแรงจูงใจ โดยการให้รางวัลรายกลุ่มและรายบุคคลและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มควบคุม ประเมินผลการได้รับการดูแลตามปกติ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการจัดการตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและมอบคู่มือรู้ทัน ใส่ใจ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติจากการทดสอบด้วยค่า Skewness/ std. error of skewness และ Kurtosis/ std. error of kurtosis ซึ่งค่าที่ได้มากกว่า ± 2.58

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney Test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติจากการทดสอบด้วยค่า Skewness/ std. error of skewness และ Kurtosis/ std. error of kurtosis ซึ่งค่าที่ได้มากกว่า ± 2.58

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ รหัสโครงการ PPH No. 022/2567 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2567 ภายใต้ชุดโครงการวิจัยการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตภาคเหนือ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 3.33 เพศหญิง ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 73.33 ค่า BMI อยู่ในช่วง 23-24.90 (ท้วมหรืออ้วนระดับ 1) มากที่สุด ร้อยละ 50.00 สถานภาพการสมรสที่พบมากที่สุด คือ สถานภาพคู่ ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 26.67 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 30.00 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น ร้อยละ 96.67

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 6.67 เพศหญิง ร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่ อายุ อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 80.00 ค่า BMI อยู่ในช่วง 23-24.90 (ท้วม หรือ โรคอ้วนระดับ 1) มากที่สุด ร้อยละ 46.67 สถานภาพการสมรสที่พบมากที่สุด คือ คู่ ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น ร้อยละ 96.67

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ความรู้	4.43	0.63	5.57	0.50	.000
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	45.70	6.35	51.77	5.82	.000

*p-value < .01

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความรู้	5.57	0.50	4.53	0.51	.000
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	51.26	5.82	45.72	4.23	.000

*p-value < .01

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาของสนับสนุนการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer[11] ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย โดยการที่คะแนนความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[11] ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ซึ่งจากแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ ที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ โปรแกรมการจัดการตนเองส่งเสริมให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3 อ. 3ลด ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และ ความเครียด รวมถึงลดการบริโภคแป้งข้าว ผลไม้รสหวานและการแปลผลค่าระดับความดันโลหิตตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี 2) กลุ่มทดลองรับรู้ข้อมูลที่สำคัญของตนเอง โดยการบันทึกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของตนเอง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) กลุ่มทดลองประเมินผลกระทบของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดโรคและผลกระทบต่อตนเองได้ 4) กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3 อ. 3 ลด ดังกล่าวข้างต้นด้วยตนเอง 5) กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมที่บ้านตามที่ตัดสินใจ ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านช่วงสัปดาห์ที่ 2 - 3 จำนวน 1 ครั้ง โดยสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับวางแผนแก้ไขและปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตนให้เหมาะสม ผู้วิจัยช่วยหาทางแก้ปัญหา พร้อมทั้งแนะนำแนวทางในการแก้ไขให้สามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง 6) ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบกลุ่มย่อยโดยให้กลุ่มทดลองประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และให้กลุ่มทดลองที่มีประสบการณ์ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเล่าประสบการณ์ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง การร่วมแลกเปลี่ยนกันเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเปิดพื้นที่ให้กลุ่ม ทดลองมีโอกาสพบปะพูดคุยกัน เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่ง สามารถกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้ การได้เห็นได้ฟังจากบุคคลที่สามารถปฏิบัติได้จะทำให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้จากปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังลดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นไปทิศทางเดียวกับ งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[11] โดยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วม ดังเช่นงานวิจัยของ จิราภา ศรีนุกูล และคณะ[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ที่มีความเสี่ยงระดับความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[11] ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ สุภัคยานี ทนันชัย และคณะ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ ผลการศึกษา พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกันงานวิจัยของ กัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ[14] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤตกรรมการดแล

ตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้กล่าวได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[11] สามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ เช่น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง ทำให้มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพตนเองในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองนี้ จึงเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแก้ไขปัญหากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในการมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3 อ. 3 ลด ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรเพิ่มระยะเวลาให้ยาวขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติเกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมและปฏิบัติเป็นประจำและสามารถวัดผลเปรียบเทียบตัวแปรอื่นเพิ่มเติมได้ เช่น ระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น

2. นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=615&dept code=dncd
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (situation on NCDs prevention and control in Thailand). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติการตายและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
5. คลังข้อมูลสุขภาพ. อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. สืบค้นจาก https://shorturl.asia/cNGpR.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 129-134.
9. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2558; 26(1): 117-127.
10. Wagner, E. H, et al. Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. Joint Commission Journal on Quality Improvement 2001; 27(2): 63-80.
11. Creer, L. T. Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbook of self-regulation. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
12. จิราภา ศรีนุกูล, ศิวพร อึ้งวัฒนา และ วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. พยาบาลสาร 2563; 47(3): 277-287.
13. ภัคยานี ทนันชัย และ อาทิตยา วังวนสินธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563; 12(2): 83-99.
14. กิตติกา วังทะพันธ์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ อรพินท์ สีขาว. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(1): 422-430.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Nursing care guidelines for chronic obstructive pulmonary disease patients at Donjan Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ศิริณา รังกลิ่น[1]
Sirina Rangklin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทาง และการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 42 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 125คน ดำเนินการวิจัย 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2567 เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ pared t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาแนวทาง ทำให้ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.42 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 คะแนน ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.62 ระดับความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =12.30, 11.96, 12.43) สรุปและอภิปรายผลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วย โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมร่วมกับองค์กรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ: แนวทางการพยาบาล, การพัฒนา, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study was action research aimed to study the situation, problems, guidelines and development of nursing guidelines for care COPD patients. Sample group is a multidisciplinary COPD team of 42 person and patients with COPD 125 person. Research was conducted from October 1, 2023 to October 31, 2024. Research tools were general information questionnaire, COPD care skills assessment form, COPD quality of life assessment form, and satisfaction assessment form. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics in the pre- and post-test using the pared t-test.

The results of the study found that after the development of the guidelines, the skills in caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease were at a high level, with an average score of 4.42. The quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease was at a high level, with an average score of 4.20. The satisfaction level increased to a high level, with an average score of 4.62. The satisfaction level improved significantly at a statistical level of .05 (t =12.30, 11.96, 12.43). Conclusion and discussion of the results of caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease should promote self-care skills in patients by integrating with the multidisciplinary team and additional networks with government and private organizations and people in the community continuously in order to achieve success.

Keywords: Nursing guidelines, Development, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนับว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับที่ 5 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2564-2566 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้ 59.72, 68.26, 69.30 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 24 ต่อปี ในระยะแรกของการดำเนินโรคผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน จนกระทั่งเมื่อมีอาการมากขึ้นและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต ในปี 2566 พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอันดับ 12 ของประเทศจากการเจ็บป่วยทั้งหมด สำหรับประเทศไทยในปี 2563 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับ 2 ในประชากรกลุ่มเปราะบาง อุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศไทย เกิดขึ้นร้อยละ 3.71 ความชุกของโรคเท่ากับ ร้อยละ 7.16 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือการสูบบุหรี่ ซึ่งประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่สูงถึง 10 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 15-30 ส่งผลให้มีผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 1.5-3.0 ล้านคนทั่วประเทศ จากสถิติปี 2563 พบประชากร ร้อยละ 5 ของประเทศ ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ 7.6 ต่อประชากรแสนคน[1,2,3]

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี 2564-2566 จำนวน 637 คน, 665 ราย และ 685 ราย ตามลำดับ โดยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อำเภอดอนจาน ในปี 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 116 คน, 119 คน และ 127 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องเดินทางมารักษาตัวเป็นประจำในโรงพยาบาลดอนจาน มีการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเป็นประจำ เมื่อมีการกำเริบมากขึ้นและรุนแรง จะมาด้วยภาวะหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ มีปัจจัยเสี่ยงจากประวัติการสูบบุหรี่ ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยในส่วนมากต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เนื่องจากเกินศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาล ถ้าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะกำเริบรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้ผู้ป่วยลดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดตั้ง Easy COPD clinic ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยมีอาการปานกลาง คือมีอาการทางคลินิกแต่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการหอบกำเริบ (Exacerbation) และมีค่าการประเมินสมรรถภาพปอด โดยมีค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่นานเกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.15 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนจาน ร้อยละ 60 ไม่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ และมีอาการหายใจลำบากต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในบ่อยครั้ง[4,5,6]

จากความเป็นมา และสถานการณ์เบื้องต้น พบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อยในบริบทโรงพยาบาลและอำเภอขนาดเล็ก ประกอบกับในพื้นที่อำเภอดอนจานยังมีผู้ศึกษาน้อย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อปรับใช้ในพื้นที่อำเภอดอนจาน โดยใช้ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล ร่วมกับส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยนำผลมาปรับปรุงแนวทางและการพัฒนาให้เหมาะสม และดียิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2567 ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนดอนจาน ตามแนวทาง

การพยาบาล โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผนดำเนินการอบรม ทบทวนองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุความพึงพอใจผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา[7] ให้เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 ตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดอนจาน จำนวน 17 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนกำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ประธาน อสม. จำนวน 5 คน ตัวแทนสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 5 คน รวม จำนวน 42 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยจริงมีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 183 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 ตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดอนจาน จำนวน 17 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนกำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ประธาน อสม. จำนวน 5 คน ตัวแทนสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 5 คน รวม จำนวน 42 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยจริงมีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 125 คน[8] โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจาก จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนาแนวทาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 16 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจแนวทางปฏิบัติในพยาบาล จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรม คุณภาพชีวิต ทักษะการพยาบาล และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางทางการพยาบาลทางคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคะแนนความพึงพอใจ ในพยาบาล ก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอดอนจาน

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอนโดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา ทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เชิงคุณภาพพบว่า ประชากรในพื้นที่เขตอำเภอดอนจาน มีจำนวนผู้ป่วย COPD ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่วนเวียนต้องเข้ารับการรักษา Admit ด้วยปัญหา COPD with exacerbation มากขึ้นที่มาด้วยภาวะหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และเคยสูบบุหรี่มาก่อน และพบว่าผู้ป่วยที่ admit ส่วนมาก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เนื่องจากเกินศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาล ถ้าสามารถ ลดอัตราการเกิดภาวะ exacerbation ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้ผู้ป่วย ลดการนอนรพ.และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 38.10 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 48.84 อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา ร้อยละ 34.52 ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนมากป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.56

2) กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 แนวทาง สำคัญ ดังนี้ 1) ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยตามมาตรฐานและใช้ร่วมกันเป็นแนวเดียวกันทั่วทั้งองค์กร 2) สร้างกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ 4) กำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีองค์รวมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนและส่งเสริมการทำงานเป็นทีมให้ทำงานร่วมกันได้เต็มความสามารถ สามารถสรุปเป็นแนวทางร่วมกันใช้ในโรงพยาบาลดอนจาน

3) ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้พยาบาลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น เดิมอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.26 คะแนน ภายหลังการพัฒนาแนวทาง ทำให้ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.42 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เดิมอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.19 คะแนน ภายหลังการพัฒนาแนวทางทำให้ ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 คะแนน ระดับความพึงพอใจของพยาบาลดีขึ้น ก่อนการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 3.25 คะแนน ภายหลังการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.62 ผลลัพธ์ของการนำแนวทางไปใช้พบว่าพยาบาลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =12.30, 11.96, 12.43) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ทักษะการดูแลผู้ป่วยในพยาบาล ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
การวัดผลในบุคลากร								
1.ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในพยาบาล	3.26	1.12	ปานกลาง	4.42	1.23	มาก	12.30	<0.001*
2. ความพึงพอใจแนวทางที่พัฒนาขึ้น	3.25	1.23	ปานกลาง	4.62	1.35	มาก	12.43	<0.001*
การวัดผลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น								
1. ความรู้ในการดูแลตนเอง	3.42	1.16	น้อย	8.46	2.21	มาก	8.57	<0.001*
2. พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	2.86	1.10	น้อย	4.02	1.23	มาก	6.62	<0.001*
3. คุณภาพชีวิต	3.19	1.22	ปานกลาง	4.20	1.42	มาก	11.96	<0.001*
4. ความพึงพอใจ	3.12	1.13	ปานกลาง	4.24	1.18	มาก	6.24	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ประชากรในพื้นที่เขตอำเภอดอนจาน มีจำนวนผู้ป่วย COPD ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่วนเวียนต้องเข้ารับการรักษา Admit ด้วยปัญหาCOPD with exacerbation มากขึ้นที่มาด้วยภาวะหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และเคยสูบบุหรี่มาก่อน สอดคล้องกับ สุดาทิพย์ หารจำปา และคณะ[9] โดยพบว่าผู้ป่วยที่ admit ส่วนมาก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เนื่องจากเกินศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล และคณะ[10] ถ้าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะ exacerbation ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้ผู้ป่วยลดการนอนโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีกระบวนการพัฒนาโดยการนำ CPG ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถนำไปใช้ในทุกระดับ และได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD ให้มีความต่อเนื่อง พัฒนารูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COPD และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีองค์รวมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยคำนึงถึงความครอบคลุมในการนำ CPG ไปใช้ และความเข้าใจของผู้นำไปปฏิบัติและ แก้ไขปัญหาการใช้ยายังไม่ถูกต้องในผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาการประสานงานระหว่างวิชาชีพ สอดคล้องกับรักชนก ถวิลการและคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา อย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในระดับที่เหมาะสมได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ พฤติกรรม ทักษะทางการพยาบาล ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และควรพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมร่วมกับองกรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง

และหาแนวทางการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บุคลากรโรงพยาบาลดอนจาน ชุมชนอำเภอดอนจาน ภาคีเครือข่ายอำเภอดอนจาน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนจาน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health. [cited 2024 Nov1] Available from http://www.who.int/classification/icf.

2.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION. 2024: https://goldcopd.org/.

3.WorldHealthOrganization;2005.WHO.Availablefrom:URL:http://www.who.int/respiratory/copd/burden

4.Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):e442.

5.สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล(องค์การมหาชน). อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ. 2567: สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567 จาก https://data.go.th/.

6.กันตพร ยอดใชย์ และ ผาณิกา ทองสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2563;39(4): 1-15.

7.จิรัชญา ดอนชัย. ผลของการสอนตามหลักของพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิจัยฉบับสมบูรณ์ : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566.

8.โรงพยาบาลดอนจาน. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพ อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. 2566

9.สุดาทิพย์ หารจำปา และคณะ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2566;8(3): 1009-1019.

10.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล และคณะ. ผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 2566;28(4): 524-529.

11.รักชนก ถวิลการ และคณะ. การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566;8(2): 397-406.

12.ธีระพันธ์ โต้หนองแปน และ คณะ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.2566;3(1): 6-16.

การพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง

Development Model of Health Management among People Residing in the Areas of Utilizing a High Agricultural Chemicals.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น[1] ปวิตร ชัยวิสิทธิ์[2] วิชุตา คมขำ[3] สมเกียรติยศ วรเดช[4] ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[4]
Duenpen Kiantboon[1] Pawit Chaivisit[2] Wichuta Khomkhum[3] Somkiattiyos Woradet[4] Bhunyabhadh Chaimay[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง และเพื่อประเมินประสิทธิภาพรูปแบบในการจัดการสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมศึกษาประกอบด้วยเกษตรกร ผู้จำหน่ายสารเคมี อาสาสมัคร และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม และแบบสังเกตการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ขอมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดอัตราการป่วยจากพิษสารเคมีและความเสี่ยงในเลือดของเกษตรกร พร้อมสนับสนุนการจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การพัฒนาความรู้ด้าน อาชีวอนามัย การส่งเสริมมาตรฐาน GAP และการจัดการขยะอันตราย นอกจากนี้ยังสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน การดำเนินงานดังกล่าวช่วยให้เกษตรกรมีความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมี โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างถูกวิธี และส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการขยะอันตรายจากการเกษตรอย่างเป็นระบบ เช่น การล้างภาชนะสารเคมี 3 ครั้ง และการกำจัดอย่างถูกวิธีในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมี การส่งเสริมการปลูกพืชผักปลอดสารพิษในครัวเรือน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ของเกษตรกร รูปแบบการจัดการสุขภาพดังกล่าวยังเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อสร้างระบบการจัดการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างยั่งยืนและครอบคลุมในทุกมิติ

คำสำคัญ: การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, สารเคมีเกษตร, การจัดการสุขภาพ, อำเภอสวี

Abstract

This study employed a participatory action research approach to develop a health management model for populations in areas with high agricultural chemical usage, and to evaluate the effectiveness of the health management model, using the Health Impact Assessment (HIA) process in Sawi District, Chumphon Province. The sample group includes stakeholders who participated in the study, including farmers, chemical distributors, volunteers, policymakers, and personnel in health service units. Data were collected through in-depth interviews, questionnaires, and observation forms. Qualitative data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร E -mail: penduen11@gmail.com
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สาธารณสุขอำเภอสวี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
[4] รองศาสตราจารย์, คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

The findings revealed that the developed health management model significantly reduced the incidence of pesticide poisoning and health risks among farmers. It also facilitated the management of risk factors such as promoting occupational health knowledge, GAP (Good Agricultural Practices) standards, and hazardous waste management. Additionally, the model enhanced community participation and collaboration with various organizations, contributing to sustainable health management. The interventions improved farmers' understanding of self-protection against chemical exposure, particularly the correct use of personal protective equipment (PPE), and encouraged systematic hazardous waste management in agricultural areas, such as triple rinsing pesticide containers and proper disposal methods. Furthermore, the promotion of pesticide-free vegetable cultivation in households helped reduce expenses and increase farmers' income. This health management model emphasizes integrating cooperation between communities, government agencies, and local stakeholders to establish a comprehensive and sustainable health management system that addresses all dimensions of the issues.

Keywords: Health Impact Assessment, agricultural chemicals, health management, Sawi District

บทนำ

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เหมาะสมกับการเกษตร ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อย่างไรก็ตาม การผลิตผลผลิตที่เพียงพอต่อความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ จำเป็นต้องใช้สารเคมีทางการเกษตร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 การนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรเพิ่มจาก 96,800.87 ตัน เป็น 105,595.40 ตัน[1] นอกจากนี้ พื้นที่ปลูกผลไม้เศรษฐกิจ เช่น ทุเรียน เพิ่มขึ้นจาก 1,285,576 ไร่ ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 1,551,473 ไร่ ในปี พ.ศ. 2566 โดยพื้นที่ภาคใต้ครอบคลุมถึงครึ่งหนึ่งของการปลูกทุเรียนทั้งหมด จังหวัดชุมพร เป็นแหล่งผลิตทางการเกษตรสำคัญ โดยเฉพาะทุเรียน[2] มีพื้นที่เพาะปลูกถึงร้อยละ 52.86 ของพื้นที่การเกษตรทั้งหมด (279,254 ไร่)[3] ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการใช้สารเคมีสูง จากข้อมูลปี 2565 จังหวัดชุมพรมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 130,074 ล้านบาท สูงเป็นอันดับ 4 ของภาคใต้ และอันดับ 22 ของประเทศ[4] โดยภาคเกษตรกรรมเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของเศรษฐกิจจังหวัด

ทุเรียนเป็นพืชเศรษฐกิจสำคัญของไทยที่ผลิตเพื่อบริโภคภายในและส่งออก การปลูกทุเรียนจำเป็นต้องใช้สารเคมีการเกษตรจำนวนมากเพื่อเพิ่มผลผลิตให้เพียงพอกับความต้องการ โดยการปลูกทุเรียนที่ให้ผลผลิตยาวนานถึง 30 ปี ต้องใช้สารกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 520.41 ลิตรต่อไร่ และสารกำจัดวัชพืช 30.58 ลิตรต่อไร่[5] เกษตรกรต้องใช้สารเคมีทุก 2 สัปดาห์ในช่วงผลผลิตเพื่อรักษาคุณภาพตามตลาด[6] การสัมผัสสารเคมีเกิดได้จากการหก กระเด็น หรืออุปกรณ์ป้องกันชำรุด โดยช่องทางหลักคือผิวหนังและระบบทางเดินหาย[7] ซึ่งอาจส่งผลเฉียบพลัน เช่น ผิวหนังอักเสบ วิงเวียน และคลื่นไส้ และหากสัมผัสสารเคมีระยะยาว อาจเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งและโรคระบบประสาท[8-10] นอกจากนี้ การฉีดพ่นสารเคมีอาจกระทบสุขภาพประชาชนใกล้เคียงและก่อมลพิษในน้ำ ดิน และระบบนิเวศ ซึ่งส่งผลต่อห่วงโซ่อาหารและสุขภาพประชาชน[11-14]

จากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชในเลือดของเกษตรกรและประชาชนในจังหวัดชุมพร ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่าประมาณ 1 ใน 3 มีระดับความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย โดยความเสี่ยงในแต่ละปีไม่คงที่ (ร้อยละ 28.19, 19.83, 15.92, 24.28 และ 42.89 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยรายใหม่จากพิษสารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (อัตราป่วย 8.26, 7.78, 8.26, 5.26, 7.73 และ 7.31 ต่อแสนประชากร) อีกทั้งอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้น[15] โดยเฉพาะมะเร็งปอดที่เชื่อมโยงกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร[9] อำเภอสวี ซึ่งมีพื้นที่ปลูกทุเรียนมากที่สุดในจังหวัด (61,018 ไร่) และเกษตรกร 10,019 คน หรือร้อยละ 16.46 ของประชากรทั้งหมด พบว่าเกษตรกร 2 ใน 3 มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารเคมีในเลือด (ร้อยละ 62.61, 78.33 และ 68.52 ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2567) และมีอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 11.37, 11.44 และ 9.76 ต่อแสนประชากร[15]

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นเครื่องมือสำคัญที่สนับสนุนการตัดสินใจ เชิงนโยบาย[16] โดยมุ่งเพิ่มผลประโยชน์และลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการนำนโยบายหรือโครงการไปใช้ โดยใช้กระบวนการประเมินผลกระทบ การเลือกทางลดผลกระทบเชิงลบ และการส่งเสริมผลกระทบเชิงบวก อีกทั้งยังช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนานโยบายสาธารณะเชิงสุขภาพ ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งและประชาชนพึ่งพาตนเองได้[17] แนวทางนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Ottawa Charter ที่เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมสร้างชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ การผลักดันนโยบายสาธารณะ และการปรับกลไกระบบ สุขภาพ[18] จากปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในหลายมิติ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่การเกษตรที่มีการใช้สารเคมีสูง โดยนำไปเป็นหมู่บ้านต้นแบบใน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร เพื่อแก้ปัญหาแบบครบวงจร ลดผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพ และเพื่อประเมินประสิทธิภาพรูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง วิธีการดำเนินการวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ในพื้นที่ศึกษา คือ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ที่มีการปลูกทุเรียนมากที่สุดในจังหวัด การเลือกพื้นที่ศึกษาใช้วิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายตามแนวทางของ Mayers J.[19] ประกอบด้วย กลุ่มภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐ และนักวิชาการ ที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องอาศัยและทำงานอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มภาคประชาชนและเอกชน ประกอบด้วย เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพสวนทุเรียน 5 คน ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร 5 คน ผู้จำหน่ายสารเคมีทางการเกษตร 3 คน รวม 13 คน

2) กลุ่มภาครัฐ ท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัคร เป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และผลักดันนโยบาย ได้แก่ นายอำเภอสวี 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน เกษตรอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน รวม 8 คน

3) กลุ่มนักวิชาการ จากศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรชุมพร 1 คน และ สำนักงานเกษตรอำเภอ 1 คน

ขั้นตอนการวิจัยตามแนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันและกำหนดกรอบของการศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเริ่มจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้สารเคมี สถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดหัวข้อสำคัญ วิธีการประเมินที่เหมาะสม และการเลือกเครื่องมือที่สามารถประเมินผลกระทบได้ตามกรอบ Ottawa Charter ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 คือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมถึงการพัฒนาแนวทางปรับปรุงระบบจัดการสุขภาพในพื้นที่ การเก็บข้อมูลในขั้นตอนนี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 23 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ออกแบบมาให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีทางการเกษตร แนวทางปรับปรุงระบบสุขภาพ และมุมมองเชิงนโยบาย ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และจัดทำร่างรายงานประเมินผลกระทบที่สอดคล้องกับกรอบ Ottawa Charter

ขั้นตอนที่ 4 คือการทบทวนร่างรายงานผลกระทบทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสารเคมี พร้อมทั้งจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 23 คน เพื่ออภิปรายเนื้อหาร่างรายงานและเสนอแนะเพิ่มเติม การปรับปรุงรายงานในขั้นตอนนี้ช่วยให้เนื้อหาและข้อเสนอแนะมีความครอบคลุมและเหมาะสมมากขึ้น

ขั้นตอนสุดท้ายคือขั้นตอนที่ 5 และ 6 ซึ่งเป็นการผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจและการติดตามและประเมินผล โดยสาธารณะ หลังจากดำเนินการตามรูปแบบไปแล้วในระยะ 4 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการประเมินต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงดำเนินการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การสัมภาษณ์ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงและประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบที่พัฒนา พร้อมรายงานผลการติดตามเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม และแบบสังเกตการณ์ ซึ่งถูกออกแบบให้เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลทั้งเชิง

ปริมาณและเชิงคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งมีคุณภาพเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นอกจากนี้ยังมีการทดสอบนำร่องเพื่อประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือในชุมชนที่คล้ายกับพื้นที่ศึกษา รวมถึงการปรับให้เข้ากับบริบทภาษาและวัฒนธรรมของชุมชนในพื้นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ คำต่อคำ และทบทวนความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ขอมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดข้อมูลเป็นกลุ่มๆ (Clustering) ตามลักษณะข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ (Category) และจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) และวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

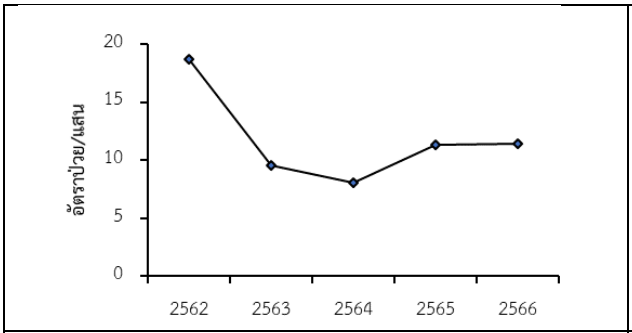
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่ 062/2567 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

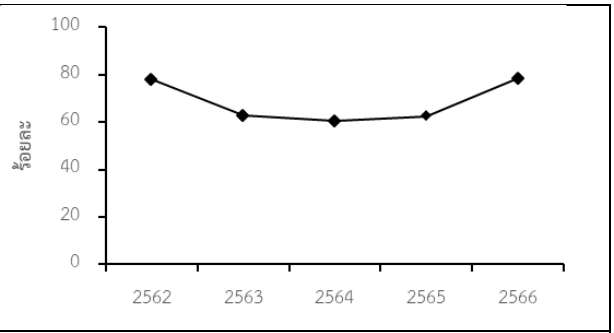
ผลการวิจัย

สถานการณ์และภัยสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอำเภอสวี

อำเภอสวี จังหวัดชุมพร เป็นพื้นที่ปลูกทุเรียนมากที่สุดในจังหวัดชุมพร มีพื้นที่รวม 61,065 ไร่ โดยตำบลนาสักและ ตำบลเขาค่ายเป็นพื้นที่ปลูกหลัก รวมกันคิดเป็นกว่า 50% ของพื้นที่ทั้งหมด การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกษตรกรมีอัตราป่วยจากพิษสารเคมีเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วยสูงสุด 18.86 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกรยังพบความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 60.37% ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 78.33% ในปี พ.ศ. 2566 ดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2

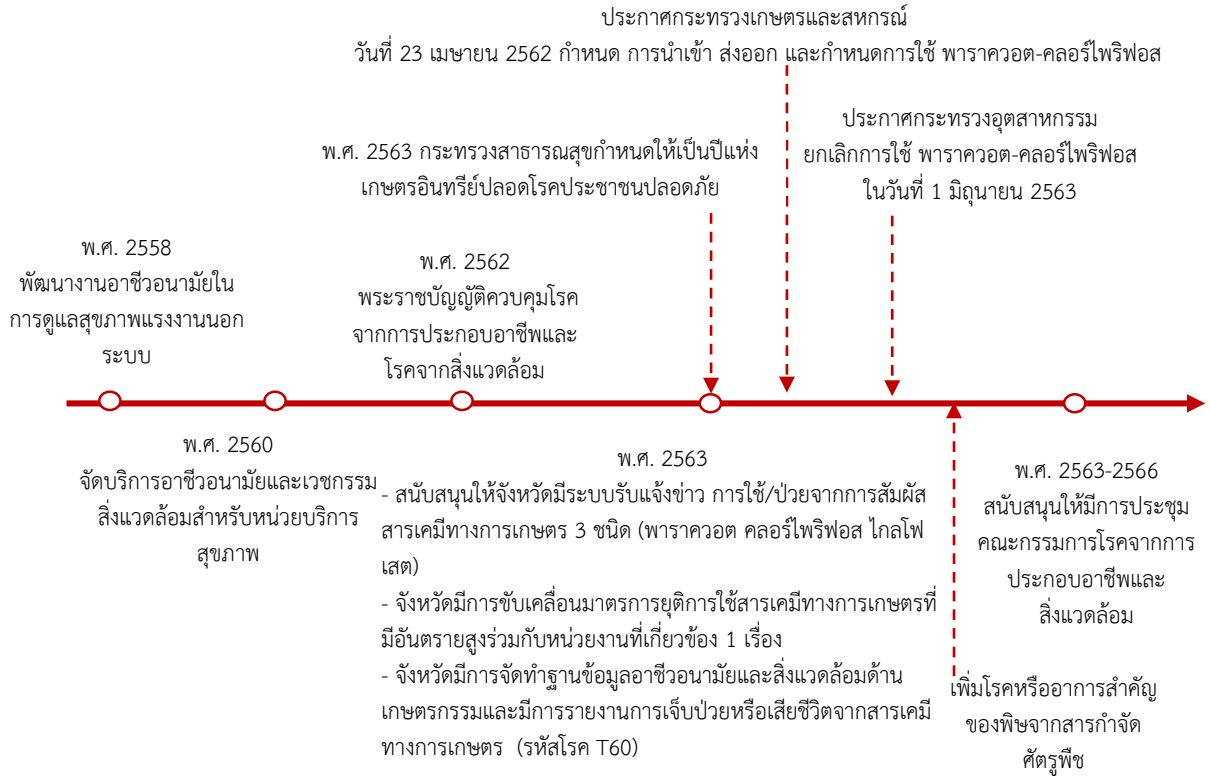


ภาพที่ 1 อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร



ภาพที่ 2 ผลตรวจคัดกรองระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกรผลความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

ด้านนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากสารเคมี โดยมุ่งยกเลิกการใช้สารเคมีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเสต แต่ยังพบปัญหาในด้านการบูรณาการทรัพยากรและการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ดังแสดงใน ภาพที่ 3 ในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 มีการดำเนินโครงการ 11 โครงการ รวม 16 กิจกรรม เช่น การจัดการขยะ การยกระดับคุณภาพสินค้าเกษตรสู่มาตรฐาน GAP เกษตรอินทรีย์ การส่งเสริมการทำปุ๋ยหมัก การอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย และการตรวจคัดกรองเลือดเกษตรกร ซึ่งเน้นสร้างความตระหนักรู้และลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่



ภาพที่ 3 Time line การพัฒนางานเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนและเกษตรกร

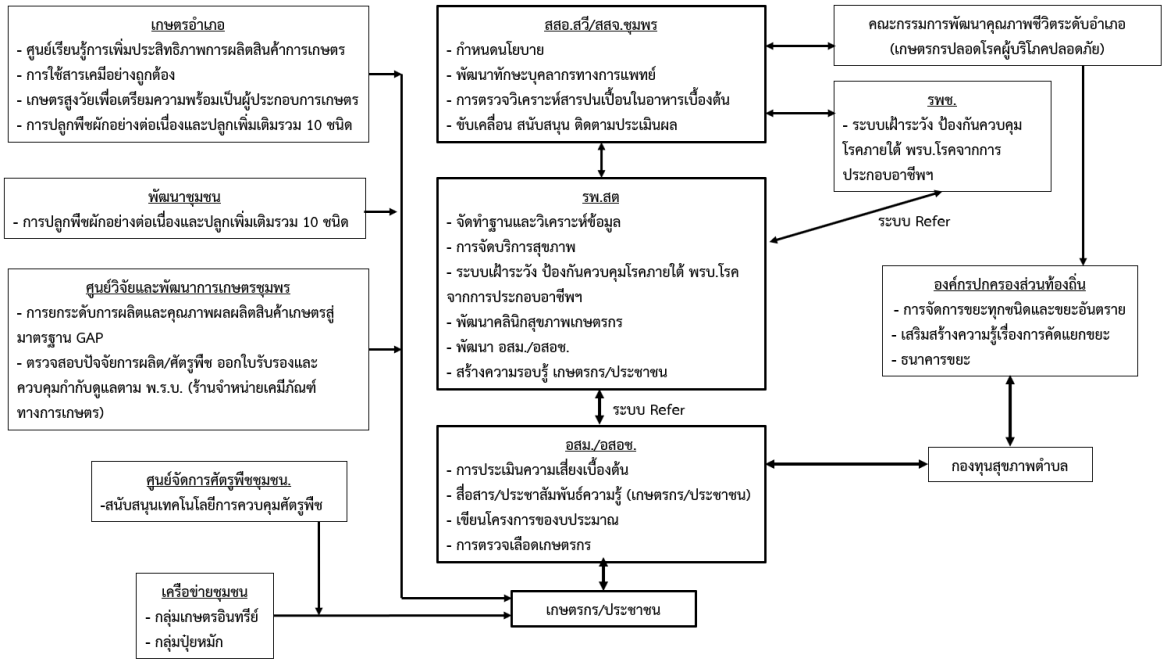
ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ครอบคลุม 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมสร้างกิจกรรมของชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างนโยบายสาธารณะ และการปรับระบบกลไก โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่ เช่น รพ.สต. 6 แห่งไม่ได้รับการพัฒนา ขณะที่การพัฒนาศักยภาพเกษตรกรยังพบปัญหาการใช้สารเคมีไม่ถูกต้อง การใช้ PPE ไม่เหมาะสม และการขาดการป้องกันตนเองในพื้นที่ใช้สารเคมี 2) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน ส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพและปลูกพืชผักในครัวเรือน

พบว่ามีบางพื้นที่ยังขาดความเข้าใจและงบประมาณสนับสนุน กิจกรรมส่งเสริมการผลิตเกษตรปลอดภัย ดำเนินการผ่าน ศพก. และการพัฒนาเกษตรกรสูงวัย 3) การสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ ดำเนินการจัดการขยะชุมชน 4 ประเภท และตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหาร พบผลการตรวจในปี 2566 ไม่พบสารตกค้างในตัวอย่าง 10 ชนิด 4) การสร้างนโยบายสาธารณะ โครงการเกษตรกรปลอดโรคผู้บริโภคปลอดภัยมีการตรวจเลือดพบความเสี่ยงสารเคมีสูงถึง 82.2% แต่การติดตามยังไม่ต่อเนื่อง และ 5) การปรับระบบกลไก การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลยังไม่ครอบคลุม รพ.สต. บางแห่งยังไม่มีระบบมาตรฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคจากสารเคมีทางการเกษตร

ทบทวนร่างการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ผลการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมี โดยอ้างอิงหลักการ Ottawa Charter มีข้อเสนอใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมความรู้แก่เกษตรกรเกี่ยวกับการจัดการขยะ การใช้สารเคมีที่ปลอดภัย และการพัฒนาองค์ความรู้ให้ผู้ขายสารเคมีทางการเกษตร 2) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน ส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพ การปลูกพืชผักปลอดสารพิษ 10 ชนิด การพัฒนาศักยภาพศูนย์เรียนรู้เกษตรกรรมและส่งเสริมผู้สูงวัยให้เป็นผู้ประกอบการเกษตร 3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ การจัดการขยะโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหาร และควบคุมการใช้ปัจจัยการผลิตในเกษตรกรรม 4) การพัฒนานโยบายสาธารณะพัฒนาคุณภาพชีวิตเกษตรกรและผู้บริโภค พร้อมยกระดับผลผลิตสินค้าเกษตรให้ได้มาตรฐาน GAP และ 5) การปรับระบบกลไก พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และการดำเนินการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมี

การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ และการติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ

การผลักดันเข้าสู่ประบวนการตัดสินใจ ให้ผู้มีอำนาจและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่อำเภอสวี เพื่อนำรูปแบบการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ไปใช้ในพื้นที่ 10 ตำบล ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมภาพตำบลจำนวน 10 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณจังหวัดชุมพร โดยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน ดังนี้ 1. อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรลดลงจากปี 2566 และ 2. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงพบผลเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรลดลงจากปี 2566 ในระยะเวลา 4 เดือน

การใช้สารเคมีในการเกษตรนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อควบคุมศัตรูพืชและเพิ่มผลผลิต แต่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม หากมีการใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้อง ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรชุมพรได้ดำเนินการออกใบอนุญาตให้ร้านค้าที่จำหน่ายสารเคมีทางการเกษตร ทุกแห่งในอำเภอสวี จำนวน 102 ร้าน โดยผู้ขอใบอนุญาตและผู้ประกอบการต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร “ผู้ควบคุมการขายวัตถุอันตรายทางการเกษตร” เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำแก่เกษตรกรเกี่ยวกับการเลือกใช้สารเคมี การใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงและอันตรายได้ นอกจากการออกใบอนุญาตการจำหน่วยสารเคมีทางการเกษตรแล้ว ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรชุมพรยังมีการสนับสนุนการยกระดับคุณภาพการผลิตสินค้าเกษตรให้ได้มาตรฐาน GAP (Good Agricultural Practices) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ช่วยให้การผลิตพืชผลมีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ผลิตและผู้บริโภค เกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เข้มงวดในการใช้สารเคมี โดยต้องเลือกใช้สารเคมีที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และต้องจดบันทึกปริมาณและการใช้สารเคมีแต่ละชนิด ถือเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับตลาดทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะการปลูกพืชเพื่อการส่งออก ปัจจุบัน มีเกษตรกรในอำเภอสวีที่เข้าร่วมโครงการ GAP จำนวนมากถึง 3,551 แปลง ซึ่งสะท้อนถึงความตื่นตัวของเกษตรกรในการปรับตัวและพัฒนาการผลิตให้ได้มาตรฐาน โดยมีความระมัดระวังในการใช้สารเคมีมากขึ้น ช่วยให้เกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้สารเคมีอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของสินค้าเกษตรในตลาดโลก

การจัดการขยะในชุมชนเป็นภารกิจที่สำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อความสะอาดและเป็นระเบียบในชุมชน การจัดการขยะแบ่งออกเป็น เช่น ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะอินทรีย์ และ ขยะอันตราย ในการบริหารจัดการขยะอันตราย ประเภทหลอดไฟ ถ่าน กระป๋องสเปรย์ ฯลฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วน จังหวัดชุมพร เพื่อสร้างข้อตกลงในการจัดการขยะดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ขยะอินทรีย์ได้รับการส่งเสริมให้เกษตรกรและประชาชนในพื้นที่นำไปทำปุ๋ยหมัก เพื่อใช้ในการเกษตรกรรมและการปลูกพืชผักในครัวเรือน ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดปริมาณขยะในชุมชน ยังสร้างรายได้ให้กับเกษตรกรและประชาชนอีกด้วย โดยเฉพาะการส่งเสริมการปลูกพืชผักในครัวเรือน 10 ชนิด ที่สามารถบริโภคได้ในครัวเรือน มีครัวเรือนเข้าร่วมโครงการมากถึง 17,815 หลังคาเรือน ด้วยความสำเร็จจากการปลูกผักในครัวเรือนนี้ ในปี พ.ศ. 2568 จะมีแผนขยายโครงการไปยังโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การจัดการขยะอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเคมีเหล่านี้ก็เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะภาชนะที่บรรจุสารเคมีทางการเกษตร เช่น ขวดหรือกระป๋อง หากไม่ได้รับการจัดการอย่าง

ถูกต้องจะกลายเป็นอันตรายทั้งต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน การจัดการขยะอันตรายทางการเกษตรได้รับการดำเนินการโดยความร่วมมือของเครือข่ายเกษตรอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มุ่งเน้นให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่เกษตรกรในการจัดการขยะอันตรายอย่างถูกต้อง ผ่านเวทีประชุมหมู่บ้าน ซึ่งมีการจัดประชุมจำนวนถึง 86 หมู่บ้านทั่วพื้นที่ เริ่มต้นจากการแนะนำให้เกษตรกรทำการล้างภาชนะสารเคมีทางการเกษตรด้วยน้ำเปล่า จำนวน 3 ครั้ง เพื่อล้างสารเคมีที่ยังหลงเหลืออยู่ หลังจากนั้นต้องทำการเจาะรูที่ภาชนะเพื่อป้องกันการนำกลับมาใช้ใหม่ ก่อนที่จะนำไปฝังในหลุมลึก 1.5 เมตร เพื่อให้มั่นใจว่าไม่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำ วิธีนี้จะใช้ปูนขาวโรยทับเพื่อทำลายสารเคมีที่ยังคงตกค้างอยู่ จากนั้นทำการกลบหลุมให้เรียบร้อยแม้ว่าการดำเนินการนี้จะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหา เช่น เกษตรกรบางรายยังคงนำภาชนะสารเคมีไปทิ้งรวมกับขยะรีไซเคิล นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรบางส่วนทิ้งขยะอันตรายไม่ถูกต้อง เช่น การทิ้งขยะในสวนข้างบ้าน หรือโยนทิ้งในแหล่งน้ำ ซึ่งการกระทำเช่นนี้ส่งผลเสียต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวีได้ดำเนินการตามนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสารเคมีทางการเกษตรได้อย่างมีประสิทธิภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวีได้ร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 10 แห่ง เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะในบุคลากรสาธารณสุขในหลายด้านที่สำคัญ เช่น การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในภาคเกษตร การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากสารเคมี การตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด การติดตามและเฝ้าระวังเกษตรกรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการสร้างระบบเฝ้าระวังอาการพิษจากสารเคมีทางการเกษตรที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวีไม่เพียงแค่การให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังได้ขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรในการดำเนินการสุ่มตรวจสารเคมีที่อาจปนเปื้อนในพืชผักทางการเกษตร ซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้บริโภคว่าอาหารที่มีการจำหน่ายในตลาดมีความปลอดภัยจากสารเคมีตกค้างที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผลการตรวจพืชผัก 75 ตัวอย่างในปี 2567 พบว่า ไม่มีการปนเปื้อน การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการติดตามสุขภาพเกษตรกร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลเกษตรกรในพื้นที่ โดยมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเภทการเพาะปลูก การใช้สารเคมีในเกษตรกรรม และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองโรคจากสารเคมี การตรวจสอบอาการพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช รวมถึงการเก็บข้อมูลการได้รับการรับรองมาตรฐาน GAP หรือเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัยโดยการสร้างความรอบรู้ในชุมชนเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์สำคัญ โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ผ่านการจัดกิจกรรมการอบรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยและถูกต้อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งดำเนินพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช พร้อมให้บริการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยอย่างครบวงจร เพื่อสุขภาพที่ดีของเกษตรกรและประชาชนในพื้นที่ ภายใต้พระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และมีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกร เพื่อ

ให้บริการเชิงรับและเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ เชิงรับมีการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด การรักษา ส่วนเชิงรุก มีตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดให้กับเกษตรกรในพื้นที่ พบว่ามีเกษตรกรได้รับการคัดกรอง จำนวน 3,957 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 (1,670 ราย) พร้อมทั้งมีการเยี่ยมติดตามเกษตรกรกลุ่มที่พบความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 3,320 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.90 เพื่อแก้ไขปัญหาสารเคมีทางการเกษตรอย่างยั่งยืน มีการทำงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสนับสนุนให้ อสม. จัดทำโครงการแก้ปัญหา โดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ความร่วมมือและการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม พบอัตราการป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชลดลงจาก 11.44 ต่อแสนประชากรในปี 2566 เหลือเพียง 8.27 ต่อแสนประชากรในปี 2567 และการตรวจคัดกรองระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกรพบผลเสี่ยงและไม่ปลอดภัยลดลงจากร้อยละ 78.33 ในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเหลือร้อยละ 68.5 ในปี พ.ศ. 2567

สรุปและอภิปรายผล

จากการประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) 6 ขั้นตอน เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมี อำเภอสวี โดยกระบวนการนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ลดความไม่เท่าเทียม และสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพ[16,20]

การประเมิน HIA ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของผลกระทบ เสนอมาตรการป้องกัน ติดตามผล และการพิจารณาการตัดสินใจร่วมกัน[21] ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในยุคที่การจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีความซับซ้อนเกินความสามารถขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง กระบวนการประเมินผลกระทบในพื้นที่อำเภอสวี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการปลูกทุเรียนเพื่อการส่งออกจำนวนมาก ทำให้มีการใช้สารเคมีเกษตรในปริมาณสูง โดยข้อมูลระบุว่า การปลูกทุเรียนตั้งแต่แรกปลูกจนถึงอายุ 30 ปี ใช้สารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 520.41 ลิตรต่อไร่ และสารกำจัดวัชพืช 30.58 ลิตรต่อไร่[5] การใช้สารเคมีนี้ส่งผลให้เกษตรกรและประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคผิวหนังอักเสบ โรคมะเร็ง ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท[22,23] ถึงแม้ประเทศไทยจะมี พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 แต่การดำเนินงานยังเน้นแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุโดยขาดการบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่ายในพื้นที่[24]

จากการวิเคราะห์ชุมชนและการสร้างการมีส่วนร่วม การประเมินตามหลัก Ottawa Charter มีการวิเคราะห์ 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล กิจกรรมชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ นโยบายสาธารณะ และระบบกลไก โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเสริมสร้างการมีส่วนร่วม[25,26] กระบวนการนี้ช่วยให้เกิดการระดมความเห็นและทรัพยากรจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน[27] การติดตามผลและการจัดการสารเคมีการจัดการสุขภาพในพื้นที่จำเป็นต้องเน้นการบริหารจัดการร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[28] โดยแต่ละหน่วยงานแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน ซึ่งช่วยลดปัญหาการปนเปื้อนสารเคมี สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการเรียนรู้ร่วมกันและการบูรณาการทรัพยากรในชุมชนสามารถพัฒนากิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้[29] มาตรการควบคุมการใช้สารเคมีทางการเกษตร เช่น การอบรมผู้จำหน่ายวัตถุอันตรายและการส่งเสริมมาตรฐาน GAP ช่วยลดการใช้สารเคมีเกินความจำเป็น[30] อย่างไรก็ตาม เกษตรกร

ยังขาดความรู้เพียงพอในการจัดการสารเคมี และการกำจัดขยะอันตรายยังดำเนินการไม่เหมาะสม แม้จะมีวิธีล้างภาชนะ 3 ครั้งเพื่อรีไซเคิล แต่ยังไม่เพียงพอต่อการลดการปนเปื้อน[31] จึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการจัดการขยะอันตราย[32]

การเพิ่มความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรในพื้นที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพเกษตรกรและประชาชน[33] โดยควรจัดทำฐานข้อมูลผู้ประกอบอาชีพ การเจ็บป่วย และการตรวจคัดกรอง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานอาชีวอนามัย นอกจากนี้ การตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกรในชุมชนที่เน้นการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร[34] นอกจากนี้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น การจัดทำแผน และขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์ และคณะ[35] และการศึกษาของ ศิมาลักษณ์ ดิภีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ[36] ซึ่งการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ยังช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและส่งเสริมการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตร เพื่อสร้างระบบการจัดการสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีในการเกษตร โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับเกษตรกร และการส่งเสริมการพัฒนานโยบายที่ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่อย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูงในระยะยาว เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีในสวนทุเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Agricultural Economics. Agricultural economic data. [Internet]. 2024 [cited 2024 December 1]. Available from: https://www.oae.go.th/1/ Factors of production/TH-TH.
2. Chumphon Provincial Agriculture and Cooperatives Office. Basic information on agriculture and cooperatives in Chumphon Province for the year 2022. [Internet]. 2022 [cited 2024 December 1]. Available from: https://www.opsmoac.go.th/chumphon-performance-files-451491791848.
3, Office of Agricultural Economics. Agricultural economic data. [Internet]. 2023 [cited 2024 December 1]. Available from: https://www.agrithai.org/wp-content/uploads/2024/03/statistic2566.pdf.
4. Department of Agricultural Extension. Agricultural production information service system. [Internet]. 2023 [cited 2024 December 1]. Available from: https://production.doae.go.th/service/site/
5. Klinsamphas W. Study of greenhouse gas emissions from durian cultivation in Chumphon Province. [Internet]. 2015 [cited 2024 December 1]. Available from: https://tarr.arda.or.th/preview/item/5p-TtdqK-hOkwQ0Ig0N7y?keyword=

6. Petchcharoen S, Nilwiset P. Chemical pesticide application for durian production by farmers in Sawi district of Chumphon province. The 14th National Academic Conference, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, 7-8 December 2017.
7. Damalas CA, Koutroubas SD. Farmers' exposure to pesticides: Toxicity types and ways of prevention. Toxics 2016; 4 (1); doi:10.3390/toxics401000.
8. Kim KH, Kabir E, Janhan SA. Exposure to pesticide and the associated human health effects. Sci. Total Environ 2017; https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.09.009.
9. Bonner MR, Freeman LEB, Hoppin JA, Koutros S, Sandler DP, Lynch CF, Hines CJ, Thomas K, Blair A, Alavanja MCR. Occupational exposure to pesticides and the incidence of lung cancer in the agricultural health study. Environ Health Perspect 2017; 125(4): 544-511.
10. Rajmohan KS, Chandrasekaran R, Varjani S. A review on occurrence of pesticides in environment and current technologies for their remediation and management. Indian J Microbiol Res 2020; 60(2):125–138.
11. Dai H, Asakawa F, Suna S, Hirao T, Karita T, Fukunaga I, Jitsunari F. Investigation of indoor air pollution by chlorpyrifos: Determination of chlorpyrifos in indoor air and 3,5,6-trichloro-2-pyridinol in residents' urine as an exposure index. Environ. health prev. med. 2003; 8(4): 139-145.
12. Menike AMW, Shanthini R, Kalpage CS, Karunaratne DGGP, Kankanamge A. Chlorpyrifos contamination of fresh water in a commercial vegetable cultivation area in Sri Lanka and factors affecting contamination. JNSF 2012; 40 (4): 333-344.
13. Vryzas Z. Pesticide fate in soil-sediment-water environment in relation to contamination preventing actions. Environmental Science & Health 2018; DOI:10.1016/j.coesh.2018.03.001.
14. Kaur R, Choudhary D, Bali S, Bandral SS, Singh V, Ahmad MA, et al. Pesticides: An alarming detrimental to health and environment. Sci. Total Environ. 2024: 97, 170113.
15. Health Data Center (HDC). Screening for risk from Pesticide exposure and pesticide poisoning rates in 2024. [Internet]. 2024 [cited 2024 December 1]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
16. Tolosana ES. Reducing health inequalities: the use of health impact assessment on rural areas. Saúde Soc. São Paulo, 2015; 24(2): 515-526.
17. Putters K. HIA, the next step: Defining models and roles. Environ. Impact Assess. Rev. 2005: 25(7-8): 693-701.
18. WHO. Ottawa charter for health promotion. [Internet]. 2012 [cited 2024 December 1]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987
19. Mayers J. Power Tools: Stakeholder Power analysis. [Internet]. 2005 [cited 2024 December 1]. https://policy-powertools.org/Tools/Understanding/docs/stakeholder_power_tool_english.pdf
20. Benjatanawat S, Khunnikom P. Rapid Health Impact Assessment: A Tool for Developing the Healthy Public Policy. Health SCI J of THAI. 2024; 6(3): 28-35. (in Thai)
21. Rummasak T. Guideline for health impact assessment in environmental assessment report of Thailand. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology. 2016; 11(1): 128-140. (in Thai)
22. Kumar A, Karn SK, Hung YT. Chemicals Used in Agriculture: Hazards and Associated Toxicity Issues. Chemicals Used in Agriculture: Hazards and Associated Toxicity Issues. 2003; 27:185-198. https://doi.org/10.1007/978-3-031-44768-6_5.

23. Mata L., Knapp RA., McDougal R., Overton K., Hoffmann AA., Umina PA. Acute toxicity effects of pesticides on beneficial organisms – Dispelling myths for a more sustainable use of chemicals in agricultural environments. Science of The Total Environment. 2004; 930(20): https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2024.172521.
24. Lozzi G., Monachino MS. 2021. Health considerations in active travel policies: A policy analysis at the EU level and of four member countries. Research in Transportation Economics. 2021; 86, 101006.
25. Nakagasien P. Ottawa Charter: The role of the nurses in health promotion. J Nurs Sci. 2015; 33(4): 6-14. (in Thai)
26. Boonyamanee W, Saiseesoob K, Kratainoi H, Kulchai S, Nuanthaisong N. Subdistrict health promoting hospital and health promotion for all age group according to the Ottawa Charter. Journal of MCU Nakhondhat. 2024; 11(11): 107-114. (in Thai)
27. Bhumibodhi S. 2013. Management for Stakeholders Network: A System Dynamic Framework. ROMPHRUEK JOURNAL. 2013; 31(2):1-18. (in Thai)
28. Pimparua K, Dithisawatwet S, Saentarat K, Butramee F, Raksanon T, Onsuratum J. Model Development for Policy Support to Reduce Using of Pesticides among Farmers: District Health Board (DHB) Mechanism Approach. The Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani Journal. 2022; 1(1):15-27. (in Thai)
29. Thepphukhieo S, Daenseekaew S. 2013. Community Participation in Chemical Pesticides Prevention for Flowers Planting and Garland Making. JOURNAL OF NURSES' ASSOCIATION OF THAILAND, NORTH-EASTERN DIVISION. 2013; 31(1): 80-88. (in Thai)
30. Pumdeeying N, Yodsin N, Anuttato J, Yuenyaw P, Panpanya S, Anuttato S. The Training Packages Development in Title the Pomelo Planting with the Good Agriculture Practices for Farmers in Nakhon Pathom Province. Silpakorn Educational Research Journal. 2019; 11(1): 113-126. (in Thai)
31. Picuno C, Godosi Z, Kuchta K, Picuno P. Agrochemical plastic packaging waste decontamination for recycling: Pilot tests in Italy. Journal of Agricultural Engineering. 2019. DOI: 10.4081/jae.2019.958
32. Suksan W, Naksen W, Thongprachum A. An Application of the Management of Agrochemical Packaging Waste Promoting Program of Farmer Households, Han Kaeo Sub-district, Hang Dong District, Chiang Mai Province. Science and Technology to Community. 2024; 2(3): 53-71. (in Thai)
33. Sukwong P, Sinworn S, Viriyawattana N, Numpa S, Thammasri W. Guidelines for human resource development on occupational health and safety in agro-industrial enterprises. Journal of Safety and Health. 2023; 16(1): 40-60. (in Thai)
34. Khumin M, Chaisuwan C. The first phase implementation of health clinic for farmer policy in tambon health promoting hospital in the 8upper northern provinces, 2013. JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN. 2018; 25(1): 104-116. (in Thai)
35. Sakchainanon B, Jiraniratisa S. 2011. Development of Occupational Health Services in Health Centers for Informal Workers. Disease Control Journal. 2011; 37(1): 1-8. (in Thai)
36. Dithisawatwet S, Yates J, Hansittiporn K, Khonhan S, Choteklang D, Srichoom T, et al. Model development of occupational health service in community hospitals. JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN. 2018; 25(1): 56-69.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS RELATED TO ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN KHAM MUANG, KALASIN PROVICE.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

สุธาทิพย์ วังคีรี[1]
Suthathip wangkheeree[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive survey) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede – proceed model กลุ่มตัวอย่าง 335 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งชั้นภูมิ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอคำม่วง ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - ตุลาคม พ.ศ. 2567 เก็บตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.93 เพศชายร้อยละ 25.07 มีอายุระหว่าง 51 - 55 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.01 โดยอายุมากที่สุดคือ 71 ปี และอายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุเฉลี่ย 54.88+5.34 ปี ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดอยู่ในช่วง 1 – 5 ปีร้อยละ 40.60 เป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 22 ปี ส่วนระยะเวลาที่เป็นเบาหวานน้อยที่สุดคือ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 86.27 ไม่สูบบุหรี่ และมีประวัติไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 56.89 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ อายุ (p-value < 0.001), ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (p-value < 0.003), ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.021) และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม (p-value < 0.003)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลช่องปาก, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, สุขภาพช่องปาก

Abstract

This study employs a cross-sectional descriptive survey design, guided by the Precede–Proceed model framework, to explore these factors. A total of 335 participants were recruited through stratified random sampling to investigate oral health care behaviors and their associated determinants among individuals with type 2 diabetes mellitus residing in Kham Muang district. The research was conducted between December 2023 and October 2024. Data collection was performed using structured questionnaires, and the relationships between personal factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with oral health care behaviors were analyzed using the Chi-square test.

The results found that the majority of participants were female (74.93%) and male (25.07%). The most represented age group was 51–55 years (37.01%), with an age range of 35–71 years and a mean age of 54.88 ± 5.34 years. The most frequently reported duration of diabetes was 1–5 years (40.60%), with the shortest and longest durations being 1 year and 22 years, respectively. Most participants (86.27%) were non-smokers, and 56.89% reported no history of alcohol consumption. Statistical analysis identified several factors significantly associated with oral health care behaviors (p-value < 0.05), including age (p-value < 0.001), duration of diabetes (p-value < 0.003), knowledge of oral health care (p-value = 0.021), and access to dental services (p-value < 0.003).

Keywords: Oral care behavior, Type 2 diabetes patients, Oral health

[1] กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลคำม่วง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย ผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยารักษาอินซูลินหรือกระตุ้นอินซูลิน หากมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือถูกต้อง รวมถึงมีการรับประทานหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป[1] โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกโดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ส่วนองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2573 ทั่วโลกจะพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 360 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2 แสนคนต่อปี เสียชีวิตปีละ 8,000 คนต่อปี และปี พ.ศ. 2583 คาดว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 5.3 ล้านคน ประเทศไทยต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ย 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพใจและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิต 1 คนในทุกๆ 6 นาที[3]

สถาณการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร 540.25, 547.48, 580.76, 649.78, 664.96 ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอคำม่วงพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร 496.34, 664.98, 734.32, 693.92, 601.72 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (HbA1C < 7%) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในจังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 21.49, 23.99, 23.90, 27.20, 27.04 ตามลำดับ และในส่วนของอำเภอคำม่วง พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับ 23.29, 20.96, 22.80, 22.63, 29.62 ตามลำดับ

โรคเบาหวายโดยทั่วไปแล้วจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากในรูปแบบสองทิศทาง[4] เกิดโรคในช่องปากทั้งโรคปริทันต์ โรคเหงือกอักเสบ รวมทั้งโรคเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น การหายของแผลช้า การติดเชื้อได้ง่ายรวมทั้งเชื้อราในช่องปาก ภาวะปากแห้ง ทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่เสี่ยงต่อการอักเสบของเหงือกและการสูญเสียเนื้อเยื่อรอบฟันและกระดูกเบ้ารากฟันได้ง่าย ในเขตชนบทของประเทศไทยผู้ป่วยเบาหวานจะพบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมืองอย่างชัดเจน[5] ปัจจัยแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพช่องปากคือ การติดเชื้อแบคทีเรียทำให้เป็นโรคปริทันต์[6] นอกจากนั้นยังมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมและพันธุกรรม[7] ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีน้ำตาลสูงบางรายมีการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงและค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือแม้แต่การกินยาเป็นประจำล้วนแต่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ซึ่งพบว่าโรคปริทัศน์อักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญลำดับที่ 6 ของโรคเบาหวาน[8] นอกจากจอประสาทตาเสื่อม (Retinopathy) เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ (Neuropathy) หลอดเลือดที่เลี้ยงอวัยวะต่างๆเสื่อม (Vasculopathy) ไตเสื่อม (Nephropathy) และโรคหลอดเลือดหัวใจ[9] และสัมพันธ์กับระยะเวลา

การเป็นโรคเบาหวาน และการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานนั้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูง[10] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 45.40 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในการรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญมาก แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ขาดความตระหนักในเรื่องสุขภาพในช่องปาก[11] ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานย่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรสุขภาพช่องปากที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health belief model) ร่วมกับ PRECEDE framework[12] ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive survey) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede – proceed model เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอคำม่วง ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - ตุลาคม พ.ศ. 2567 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ คือ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และหาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede – proceed model ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการทบทวนการเกิดโรคเบาหวาน ผลกระทบโรคเบาหวานที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนการดูแลสุขภาพช่องปากและแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในโรงพยาบาลคำม่วงจำนวน 3,625 คน คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้สูตรการการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากรของอรุณ จิรวัฒน์กุล[13] จำนวน 355 คน การสุ่มตัวอย่าง

แบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) คำนวณตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 ตำบล จับฉลากรายชื่อผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืน จากประชากรในแต่ละตำบล ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede – proceed model ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของจิรนันท์ อาษาพนม[14] และประยุกต์ใช้เครื่องมือของพัชราภรณ์ โกสิยานุภาพ และคณะ[15] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อนำมาออกแบบเครื่องมือเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอคำม่วง แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open end)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ 2) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ 3) ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากและ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการให้ความช่วยเหลือ การรับฟังปัญหา และการให้ความรู้คำแนะนำการดุแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม จำนวน 9 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทดลองแบบสอบถามกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออื่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.87 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.86 ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.88 ด้านการรับรู้ประโยชน์เปรียบเทียบกับอุปสรรคเท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ คือ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive survey) ซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลคำม่วง (ลานโรคเรื้อรัง) โดยใช้แบบสอบถาม เข้าพบผู้ป่วยเบาหวานขณะรอเจาะเลือด รอพบแพทย์หรือหลังรับบริการตรวจและรอ

รับยาตามวันนัดรับบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลคำม่วง โดยผู้ศึกษามีการแนะนำตัวเองและผู้ช่วยวิจัย พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 20 - 25 นาที

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูล มาลงรหัส ให้น้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสถิติอนุมานใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC195/2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.93 เพศชายร้อยละ 25.07 มีอายุระหว่าง 51 - 55 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.01 โดยอายุมากที่สุดคือ 71 ปี และอายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุเฉลี่ย 54.88±5.34 ปี ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี ร้อยละ 40.60 เป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 22 ปี ส่วนระยะเวลาที่เป็นเบาหวานน้อยที่สุดคือ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 86.27 ไม่สูบบุหรี่ และมีประวัติไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 56.89

2.ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้ ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 49.85 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.18±2.27 คะแนน รองลงมาคือมีความรู้อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 39.70 ระดับทัศนคติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับกลางร้อยละ 53.43 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.67±2.89 คะแนน ส่วนผลการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพพบว่ามีระดับความเชื่ออยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.56 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.31±2.29 คะแนน

3.ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ผลการศึกษาปัจจัยนำเข้าพบว่า อุปกรณ์ทำความสะอาดฟันที่กลุ่มตัวอย่างใช้ทำความสะอาดฟันมากที่สุด คือ แปรงสีฟัน ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และไม้จิ้มฟัน เท่ากับร้อยละ 100, 97.32 และ 72.96 ตามลำดับ ส่วนเข้าถึงการบริการทันตกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมในระดับต่ำร้อยละ 81.19

4.ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ผลการศึกษาการได้รับการสนับสนุนจากบุคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 47.62 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 39.70 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86±1.01 ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนรายบุคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขให้ความรู้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำร้อยละ 37.3

5.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.70 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.42±0.29 ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมี้การปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ใช้ยาสีฟันมีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมทุกครั้งในการแปรงฟัน ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเลยคือ แปรงฟันหลังรับประทานขนมหวานน้ำหวานและแปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟัน

6.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ในปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ อายุ (p-value < 0.001), ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (p-value < 0.003), ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.021) และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม (p-value < 0.003) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=335)

ปัจจัยเสริม	ระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปาก		รวม (n=335)	X^2	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
≤ 50	119 (77.78)	34 (22.22)	153 (100)	11.475	0.001
51 - 59	173 (95.05)	9 (4.95)	182 (100)		
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)					
≤ 5	137 (79.19)	36 (20.81)	173 (100)	6.477	0.003
6 ปีขึ้นไป	157 (96.91)	5 (3.09)	162 (100)		
ความรู้เรื่องการช่องปาก					
ระดับดี	1 (16.67)	5 (83.33)	6 (100)	5.779	0.021
ระดับปานกลาง	149 (89.22)	18 (10.78)	167 (100)		
ระดับไม่ดี			133 (100)		
การเข้าถึงบริการทันตกรรม					
ระดับปานกลาง	45(71.43)	18 (28.57)	63 (100)	9.133	0.003
ระดับไม่ดี	255 (93.75)	17 (6.25)	272 (100)		

Fisher' Exact Test, *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงถึง 3 ใน 4 ส่วน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.88±5.34 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60 ซึ่งมีความคล้ายกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของผลการศึกษาของจิรนันท์ อาษาพนม[14] ที่ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่มีประวัติสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอภิญญา เมฆรักษาวนิช[16] และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ 2 ปัจจัยคืออายุ (p-value < 0.001) และระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (p-value < 0.003) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ

49.85 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.18±2.27 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของภาวิณี ดวงศรี[17] แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยนำในเรื่องความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.021) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุดคือ การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ช่วยให้ฟันแข็งแรงป้องกันฟันผุได้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและความเชื่อสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีคือ ควรแปลงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุมากที่สุดร้อยละ 88.90 ส่วนผลการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 49.85 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.18±2.27 ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม (p-value < 0.003) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.19 ส่วนปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ควรให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเมื่อมารับบริการให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการรับบริการทันตกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาสุขภาพช่องปาก

2.ควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อสร้างความรู้ความตระหนักในการลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ให้ความสำคัญเพิ่มในประเด็นอายุและระยะเวลาที่เป็นเบาหวานที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

3.ควรมีการพัฒนาการคัดกรองและจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งสำเร็จลุล่วงได้จากการสนับสนุนจากนายแพทย์ธนธร กานตอาภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง ทันตแพทย์สาโรช โพธิ์ไข หัวหน้ากลุ่มทันตกรรม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่แนะนำและเป็นที่ปรึกษาจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพทุกท่าน เจ้าหน้าที่ประจำงานสารสนเทศทางการแพทย์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็น ขอขอบพระคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วราลี อภินิเวศ. การศึกษาสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำ ณ ห้องฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช. แพทยสารทหารอากาศ 2551; 54: 1-10.
2. ภานุชนาท สายบัว. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 (Public Health Statistics A.D. 2021). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Chen ZW, Yi HY, Hang HL, Shen SL, Bo WZ, Wen C, et al. Epidemiologic relationship between periodontitis and type 2 diabetes mellitus. BMC Oral Health. 2020 Jul;20(1):204.

5. สุภาพร อัศวบวรชัย, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, เสาวนันท์ บำเรอราช, มุขดา ศิริเทพทวี.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้วบทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการครั้ง ที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556(706); 101-110.
6. Kamaira H. Philips, Shaoping Zhang, Kevin Moss Katharine Ciarrocca, James D. Beck. Periodontal disease, undiagnosed diabetes, and body mass index: Implications for diabetes screening by dentists. ORIGINAL CONTRIBUTIONS DIABETES. 2021 Jan 1;152(1):25-35.
7. Wang TF, Jen IA, Chou C, Lei YP. Effects of periodontal therapy on metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus and periodontal disease: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2014 Dec;93(28): e292.
8. สำนักทันตสาธารณสุข ก. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก; 2556.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560. หน้า 21-33.
10. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่, วิลาวัลย์ วีระอาชากุล คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2557;29(4):339-44.
11. รถนา ไวยวาจี, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, และมุขดา ศิริเทพ ทวี. ผลกระทบของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและสภาวะอื่นๆในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติ สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระแก้ว. การประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง "การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย". 2556:72-81.
12. Green LW, Kreuter MW, Deeds SP, K., Health education planning: A diagnostic approach. California: Mayfield Publishing; 1980.
13. อรุณ จิรวัฒน์. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัยที่ใช้งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2552.
14. จิรนันท์ อาษาพนม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
15. พัชราภรณ์ โกสิยานุภาพ พัชราภรณ์ โกสิยานุภาพ, ไพศาล ภู่สามสาย, ศิริวรรณ ภู่สามสาย. ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ในพื้นที่อำเภอ พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
16. อภิญญา เมฆรักษาวนิช อภิญญา เมฆรักษาวนิช. สภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดล าปาง: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
17. ภาวิณี ดวงศรี ภาวินี ดวงศรี. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก จังหวัดอานาจเจริญ: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2552.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

สถานการณ์การบาดเจ็บ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง

Injury situation and factors related to death from traffic accidents in Tha Luang District

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

วรากร คำน้อย[1] ,พรลักษณ์ หาญพาณิชย์[2]
Warakorn Kamnoy[1] ,Pornluck Harnphanich[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยย้อนหลัง เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง และเพื่อหาแนวทาง มาตรการในการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท่าหลวงระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 346 คน เก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านยานพาหนะ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างด้วย ไคสแควร์ และฟิสเชอร์ หาปัจจัยโดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.5 เสียชีวิตจำนวน 32 คน ร้อยละ 9.25 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ช่วงเวลาเกิดเหตุกลางคืน ยานพาหนะ 2 ล้อ ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน ความมืด ไม่มีไฟถนน กลไกบาดเจ็บชนิดถูกเฉี่ยว ชน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บ, การเสียชีวิต, อุบัติเหตุจราจร

Abstract

A retrospective study to examine the situation and factors related to traffic accident-related deaths in Tha Luang District, and to find measures for preventing traffic-related fatalities. The sample group consisted of 346 patients who were injured in road traffic accidents and received treatment at Tha Luang Hospital between January 2019 and December 2023. Data on personal factors, vehicle factors, and environmental factors were collected and analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's exact test. Logistic regression was used to identify the factors.

The research findings revealed that most of the patients injured in traffic accidents were male (66.5%). There were 32 deaths, accounting for 9.25%. Factors significantly associated with traffic accident-related deaths ($p<0.05$) included the time of the accident (nighttime), two-wheeled vehicles, failure to wear protective gear, darkness, lack of street lighting, and the mechanism of injury (collision or side-swipe).

Keywords: Injury, Death, Traffic Accident

บทนำ

อุบัติเหตุจราจร (Road Traffic Accidents) เป็นปัญหาระดับโลกของสังคมที่ใช้รถในการคมนาคมขนส่งที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ภายในปี พ.ศ. 2573 ในด้านความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ปัจจุบันอยู่ในช่วงทศวรรษที่สองของแผนปฏิบัติการแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2564 - 2573 (Second Decade of Action Road Safety 2021 - 2030)[1] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 หากแต่ละประเทศไม่มีมาตรการที่ดีในการป้องกันอุบัติภัยทางถนน จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเฉลี่ยปีละ 2.4 ล้านคน ซึ่งทำให้อันดับสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขยับสูงขึ้น

[1]กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลท่าหลวง
[2]รองกรรมการผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการ บริษัท บางกอกเชน ฮอสปิทอล จำกัด (มหาชน)

นำหน้าโรคร้ายหลายโรค รวมถึงโรคเอดส์และโรคมะเร็ง[2] ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่กำลังเผชิญกับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรอย่างหนักหน่วง ทำให้รัฐบาลต้องยกให้ปัญหาดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้ปี 2564-2573 ให้ทุกภาคส่วนดำเนินโครงการทศวรรษความปลอดภัยทางถนน สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมประเทศ มีแนวโน้มลดลง ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 17,379 ราย (จากข้อมูล 3 ฐาน ของกรมควบคุมโรค) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 2.5 ซึ่งอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาที่ติดอันดับ 1 ใน 3 ของปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมาโดยตลอด[3] โดยในแต่ละปีพบว่ามีผู้เสียชีวิตมากกว่า 10,000 คน มีผู้บาดเจ็บอีกกว่า 1 ล้านคน และผู้พิการอีกหลายหมื่นคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีประชาชนจำนวนมากใช้รถใช้ถนน ในการเดินทางสัญจรกลับภูมิลำเนา และท่องเที่ยวในช่วงเทศกาล ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าช่วงปกติ

สำหรับอำเภอท่าหลวง จากสถิติปี 2564-2566 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 717 ราย, 749 ราย และ 809 ราย ตามลำดับ[4] มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากมีประชากรอาศัยอยู่จำนวนมาก รวมทั้งเป็นพื้นที่ตั้งโรงงานต่าง ๆ ถนนเส้นใหญ่ผ่านหลายเส้นทาง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณจราจร แสดงถึงปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่จะมีโอกาสสูงขึ้นตามมาอีก การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อความปลอดภัยทางถนน อันได้แก่ คน รถ และสิ่งแวดล้อม จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง
3. เพื่อหาแนวทาง มาตรการในการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง(Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าหลวงระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 3,487 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าหลวง ระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 15 ปี เพศชาย และเพศหญิง
2. เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน
3. การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน ที่ใช้การประมาณค่าที่ทราบจำนวนของประชากร และกำหนดให้จำนวนของลักษณะที่สนใจในประชากรที่ศึกษา เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 346 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ช่วงเวลาเกิดเหตุ การใช้สารที่มีผลต่อสภาพร่างกาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ ประกอบด้วย ชนิดยานพาหนะ ความแข็งแรงทนทาน การดัดแปลงสภาพรถ อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย ความไม่เหมาะสมในการบรรทุก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพผิวการจราจร ลักษณะทาง สิ่งบดบังสายตา สภาพลมฟ้าอากาศ ความมืด ป้าย/สัญญาณไฟจราจร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (item-level CVI) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI) ผู้เชี่ยวชาญประเมิน 3 ท่าน CVI=0.84

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย ไคสแควร์ และฟิสเชอร์ วิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อทดสอบความอิสระต่อกันของตัวแปร จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงคราวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) คราวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	230	66.5
หญิง	116	33.5
อายุ		
0-9 ปี	14	4.0
10-19 ปี	95	27.5
20-29 ปี	41	11.8
30-39 ปี	41	11.8
40-49 ปี	62	17.9
50-59 ปี	31	9.0
60-69 ปี	29	8.4
70-85 ปี	33	9.5
Mean=36.94, S.D.= 36.94, min=4, max=84		

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาเกิดเหตุ		
00.01-06.00 น.	23	6.6
06.01-09.00 น.	204	59.0
09.01-12.00 น.	33	9.5
12.01-15.00 น.	4	1.2
15.01-18.00 น.	39	11.3
18.01-21.00 น.	4	1.2
21.01-24.00 น.	39	11.3
ตำบล		
ท่าหลวง	95	27.5
แก่งผักกูด	38	11.0
ทะเลวังวัด	32	9.2
ซับจำปา	52	15.0
หัวลำ	50	14.5
หนองผักแว่น	20	5.8
นอกอำเภอ	59	17.1
การดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	71	20.5
ไม่ดื่มสุรา	263	76.0
ไม่ทราบข้อมูล	12	3.5
ใบขับขี่		
มี	255	73.7
ไม่มี	91	26.3
อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย		
สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัด	109	31.5
ไม่สวมสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัด	237	68.5

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 230 คน ร้อยละ 66.5 ช่วงอายุ 10-19 ปี จำนวน 95 คน ร้อยละ 27.5 ช่วงเวลาเกิดเหตุ 06.01-09.00 น.จำนวน 204 คน ร้อยละ 59.0 เกิดเหตุที่ตำบลท่าหลวงมากที่สุด 95 คน ร้อยละ 27.5 ดื่มสุราจำนวน 71 คน ร้อยละ 20.5 ไม่มีใบขับขี่ จำนวน 91 คน เป็นผู้ไม่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัด จำนวน 237 คน ร้อยละ 68.5

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านยานพาหนะ (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การขับขี่		
ผู้ขับขี่	282	81.5
ผู้โดยสาร	59	17.1
คนเดินเท้า	5	1.4

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านยานพาหนะ (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดยานพาหนะ		
เดินเท้า	10	2.9
จักรยาน	5	1.4
จักรยานยนต์	300	86.7
รถเก๋ง	5	1.4
รถกระบะ (ปิคอัฟ)	10	2.9
รถตู้	16	4.6
กลไกบาดเจ็บ		
ล้มเอง	128	37.0
ชนประสานงา	14	4.0
ชนด้านหน้า	53	15.3
ชนท้าย	28	8.1
ชนสัตว์/สิ่งของ	98	28.3
เดินและถูกชน	5	1.4
เฉี่ยวชน	20	5.8
ความแข็งแรงทนทาน		
พร้อมใช้งาน	290	83.8
สภาพรถเก่า/ชำรุด	56	16.2

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านยานพาหนะ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่จำนวน 282 ราย ร้อยละ 81.5 เกิดเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดจำนวน 300 คน ร้อยละ 86.7 อุบัติเหตุล้มเองจำนวน 128 คน ร้อยละ 37.0 มีสภาพรถเก่า/ชำรุดจำนวน 56 คน ร้อยละ 16.2

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดผิวการจราจร		
ลาดยาง	256	74.0
คอนกรีด	67	19.4
ลูกรัง/ดิน	23	6.6
สภาพผิวการจราจร		
พื้นถนนเรียบ	276	79.8
พื้นขรุขระ/หลุม/บ่อ	70	20.2
ลักษณะถนน		
ถนนทางตรง	209	60.4
ถนนทางแยก	80	23.1
ถนนทางโค้ง	57	16.5
ความกว้างของถนน		
ถนน 1 เลนซ์	91	26.3
ถนน 2 เลนซ์	140	40.5
ถนน 4 เลนซ์	115	33.2

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม (N=346)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งบดบังสายตา		
ไม่มี	291	84.1
การวางขายสินค้า/ป้ายโฆษณา	1	0.3
รถจอดข้างทาง	32	9.2
ต้นไม้ริมทาง	22	6.4
สภาพลมฟ้าอากาศ		
ไม่มี	275	79.5
ฝนตกหนัก	33	9.5
หมอกลงหนาจัด	26	7.5
ลมพัดแรง	12	3.5

จากตารางที่ 3 ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมพบว่าชนิดผิวการจราจรเป็นถนนลาดยางจำนวน จำนวน 256 ร้อยละ 74.0 พื้นขรุขระ/หลุม/บ่อจำนวน 70 ร้อยละ 20.2 เกิดเหตุถนนทางตรงมากที่สุด จำนวน 209 คน ร้อยละ 60.4 ถนน 2 เลนซ์จำนวน 140 คน ร้อยละ 40.5 สิ่งบดบังสายตาเป็นรถจอดข้างทางจำนวน 32 คน ร้อยละ 9.2 ฝนตกหนักช่วงเกิดเหตุจำนวน 33 คน ร้อยละ 9.5

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง

ปัจจัย	เสียชีวิต (n=34)	ไม่เสียชีวิต (n=312)	Crude OR	95% CI	p-value
เพศ					
ชาย	29 (85.3)	201 (64.4)	3.203	1.206-8.508	0.007*
หญิง	5 (14.7)	111 (35.6)			
อายุ					
<40 ปี	14 (41.2)	177 (56.7)	1.534	1.260-3.906	0.033*
>40 ปี	20 (58.8)	135 (43.3)			
ช่วงเวลาเกิดเหตุ					
กลางคืน	20 (58.8)	49 (15.7)	7.186	2.894-9.390	0.000*
กลางวัน	14 (41.2)	263 (84.3)			
การดื่มสุรา					
ดื่มสุรา	9 (26.5)	62 (19.9)	1.452	0.648-3.267	0.111
ไม่ดื่มสุรา	25 (73.5)	177 (56.7)			
การขับขี่					
ผู้ขับขี่	28 (82.4)	254 (81.4)	1.066	0.422-2.692	0.184
ผู้โดยสาร/เดินเท้า	6 (17.6)	58 (18.6)			
กลไกบาดเจ็บ					
ถูกเฉี่ยว ชน	29 (85.3)	189 (60.6)	3.265	2.100-7.703	0.002*
ล้มเอง	5 (14.7)	123 (39.4)			

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวง

ปัจจัย	เสียชีวิต (n=34)	ไม่เสียชีวิต (n=312)	Crude OR	95% CI	p-value
ชนิดยานพาหนะ					
2 ล้อ	25 (73.5)	290 (92.9)	1.211	1.088-3.506	0.001*
4 ล้อขึ้นไป	9 (26.5)	22 (7.1)			
ความแข็งแรงทนทาน					
สภาพรถเก่า/ชำรุด	4 (11.8)	52 (16.7)	1.500	0.507-4.439	0.162
พร้อมใช้งาน	30 (88.2)	260 (83.3)			
อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย					
ไม่สวมอุปกรณ์	7 (20.6)	110 (35.3)	2.947	3.201-8.129	0.036
สวมอุปกรณ์	27 (79.4)	202 (64.7)			
สภาพผิวการจราจร					
พื้นขรุขระ/หลุม/บ่อ	6 (17.6)	64 (20.5)	1.204	0.478-3.038	0.171
พื้นถนนเรียบ	28 (82.4)	248 (79.5)			
ลักษณะถนน					
ถนนทางแยก/โค้ง	14 (41.2)	123 (39.4)	0.930	0.453-1.910	0.143
ถนนทางตรง	20 (58.8)	189 (60.6)			
ความกว้างของถนน					
ทางแคบ	9 (26.5)	39 (12.5)	2.520	1.096-5.794	0.020
ทางกว้าง	25 (73.5)	273 (87.5)			
สิ่งบดบังสายตา					
มี	5 (14.7)	50 (16.0)	1.107	0.409-2.990	0.195
ไม่มี	29 (85.3)	262 (84.0)			
ความมืด (ไม่มีไฟถนน)					
ใช่	12 (35.3)	60 (19.2)	2.291	1.074-4.881	0.018
ไม่ใช่	22 (64.7)	252 (80.8)			
สภาพลมฟ้าอากาศไม่ดี					
ใช่	6 (17.6)	65 (20.8)	1.228	0.488-3.091	0.162
ไม่ใช่	28 (82.4)	247 (79.2)			

จากตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวงแบบปัจจัยเดี่ยว ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ช่วงเวลาเกิดเหตุ กลไกการบาดเจ็บ ชนิดยานพาหนะ อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย ความกว้างของถนน ความมืด (ไม่มีไฟถนน)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวงแบบปัจจัยร่วม

ปัจจัย	95% C.I.				
	Wald	Odd ratio	Lower	Upper	P-value
ช่วงเวลาเกิดเหตุกลางคืน	26.873	9.604	4.083	22.589	.000
ยานพาหนะ 2 ล้อ	10.246	21.097	3.261	136.474	.001
ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน	8.412	15.070	2.410	94.235	.004
ความมืด ไม่มีไฟถนน	5.216	5.338	3.133	11.858	.022
กลไกบาดเจ็บชนิดถูกเฉี่ยว ชน	6.179	3.834	1.329	11.065	.013
ค่าคงที่	6.571	2.076			.010

* p-value < 0.05 are defined as statistically significant (Nagelkerke R^2=0.354, Over percentage correct 92.49%)

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอำเภอท่าหลวงแบบปัจจัยร่วม ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ได้แก่ ช่วงเวลาเกิดเหตุกลางคืน ยานพาหนะ 2 ล้อ ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน ความมืดไม่มีไฟถนน กลไกบาดเจ็บชนิดถูกเฉี่ยว ชน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 346 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 มีอายุในช่วง 10-19 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 เนื่องจากลักษณะนิสัยของเพศชายเป็นเพศที่ชอบเสี่ยงภัย ความตื่นเต้น ขับรถเร็ว ประกอบกับจำนวนผู้ขับขี่บนท้องถนนมีเพศชาย มากกว่า หรือใช้เวลาในการขับขี่ยาวนานกว่า ดังนั้น ผู้ชายจึงเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าเพศหญิง สอดคล้อง กับชุดข้อมูลสรุปของ WHO เรื่องความปลอดภัยทางถนน ข้อเท็จจริงเบื้องต้น พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนคือเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา[5-9]ที่พบว่า เพศชายเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากช่วงวัยดังกล่าว เป็นวัยคึกคะนองอยากรู้อยากเห็น และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความเชื่อมั่น ความต้องการตลอดจนความปรารถนาต่าง ๆ เป็นไปอย่างรุนแรงปราศจากความยั้งคิด ชอบทำอะไรตามใจหรือตามความนึกคิดของตน ต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือในหมู่เพื่อนฝูง โดยพยายามทำอะไรให้คล้าย ๆ กัน เลียนแบบตามกัน จึงทำให้ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่เกิดอุบัติเหตุได้มากที่สุด สำหรับช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ 06.01-09.00 น. ร้อยละ 59 เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่ออกไปทำงาน ส่งบุตรหลานไปโรงเรียน ปริมาณในการใช้ถนนจำนวนมาก จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้อุบัติเหตุส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในเวลากลางวัน มากกว่ากลางคืน

สำหรับด้านยานพาหะนะรถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ร้อยละ 81.5 เนื่องจากรูปแบบการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มักแทรกตัวไปตามกระแสจราจร ขนาดตัวรถที่สังเกตเห็นได้ยากเมื่อเทียบรถยนต์ รวมถึงประสิทธิภาพระบบห้ามล้อของรถจักรยานยนต์ที่อาจมีประสิทธิภาพน้อย จึงทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สรศักดิ์ ตันทอง และกาญจนา นาถะพินธุ[10] ที่ศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เพศชายมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักเกิดโดยล้มเองจำนวน 128 คน ร้อยละ 37 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญยืน ศรีสว่าง[3] ที่ศึกษาแนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน เขตพื้นที่อำเภอสิชล

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เกิดอุบัติเหตุกับรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 88 แต่การเกิดเหตุโดยไม่มีคู่กรณี ร้อยละ 64.65 สูงกว่าการศึกษานี้ และผู้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 68.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76 ซึ่งปัญหาอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ คือ ร้อยละ 43 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ขับขี่ พบว่ามีอัตราการสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 51 และ อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้โดยสารมีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่น้อยมาก แต่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าการเกิดเหตุจากรถจักรยานยนต์พบร้อยละ 57.1-63.8

สำหรับสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจากการศึกษานี้ พบการเสียชีวิตจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8 เกิดในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ มีการดื่มสุรา ร้อยละ 26.5 ใช้ยานพาหนะรถจักรยานยนต์ ช่วงเวลาเกิดเหตุเป็นเวลากลางคืน ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน (หมวกกันน็อค) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต พบว่า มี 3 ปัจจัยหลักร่วมกัน ได้แก่ ด้านผู้ขับขี่ สภาพยานพาหนะ ด้านสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยร่วมประกอบการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีปัจจัย 3 อันดับแรก คือ การขับขี่ยานพาหนะ 2 ล้อมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 21 เท่าของผู้ที่ขับขี่ยานพาหนะ 4 ล้อ การไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 15 เท่าของผู้สวมอุปกรณ์ป้องกัน ช่วงเวลาเกิดเหตุกลางคืนมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 9.6 เท่าของการเกิดเหตุกลางวัน และความมืด ไม่มีไฟถนน กลไกบาดเจ็บชนิดถูกเฉี่ยว ชน ตามลำดับ เนื่องจากด้านผู้ขับขี่ที่มีสภาวะทางกายที่ไม่พร้อม เช่น ช่วงหลังเลิกงาน ทำให้มีความอ่อนล้าจากการคร่ำเคร่งทำงานมาทั้งวัน ผู้ที่กลับจากการทำงานดึก ผู้ที่ดื่มสุรา ทำให้การตัดสินใจช้าลง บางรายหลับใน ไม่สามารถประเมินสถานการณ์การขับขี่ได้ ประกอบกับลักษณะของรถจักรยานยนต์ปัจจุบันเป็นระบบเกียร์ 4 จังหวะ ขับเคลื่อนรวดเร็วจึงส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา หาบุญมี[11] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาจังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ระบบเกียร์ 4 จังหวะ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์เป็น 2.98 เท่าของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ระบบ 2 จังหวะ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Kirshan Hanse Chinthong, Jenita Baruah, Ishan Phukan[12] ที่พบว่าการใช้ยานพาหนะ 2 ล้อ มีโอกาสเสี่ยงและเสียชีวิตร้อยละ 58.2 และการศึกษาของ Meisam Abolvardi และคณะ[13] พบว่า ความมืด ไม่มีไฟถนน มีโอกาสเสี่ยง 2.52 เท่า เมื่อเทียบกับถนนที่มีไฟสว่าง ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า เพศ อายุ ประสบการณ์การขับขี่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะแนวทาง มาตรการในการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

1. ด้านการบริหารจัดการ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน กิจกรรม เช่น

1.1) มีโครงสร้างและกลไกขับเคลื่อน ศปถ.อำเภอ + พชอ./ศปถ.อปท. ที่ชัดเจน

1.2) มีแผนปฏิบัติการ หรือ ประกาศเป็นวาระอำเภอ

1.3) มีการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ

1.4) มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่

1.5) มีการติดตามประเมินผลเปรียบเทียบผลการเกิดเหตุ บาดเจ็บ เสียชีวิต เทียบกับปีที่ผ่านมา

1.6) มีการนำข้อมูลไปใช้งาน (การจัดเก็บ-สำรวจข้อมูล บาดเจ็บ เสียชีวิต จำนวนการ

สวมหมวก นิรภัย ฯลฯ) และคืนข้อมูลให้ ศปถ. อำเภอ/ ศปถ.อปท. เพื่อวางแผนป้องกัน

2. ด้านถนนและสภาพแวดล้อมปลอดภัย โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน กิจกรรม เช่น

2.1) มีการจัดการด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อลดอันตรายและความเสี่ยง เช่น แก้ไขจุดเสี่ยง จุดอันตราย มีการติดตั้งป้าย อุปกรณ์ความปลอดภัย สัญญาณจราจร ฯลฯ

2.2) มีการควบคุม กำหนดเส้นทางถนนปลอดภัย เช่น เขตจำกัดความเร็ว เขตสวมหมวกนิรภัย เขตโรงเรียน เขตชุมชน ฯลฯ

3. ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (แก้ไขพฤติกรรมเสี่ยง) โดยพิจารณาการจากผลการดำเนินงาน/ กิจกรรม เช่น

3.1) มีการจัดอบรม ส่งเสริมและสร้างการเรียนรู้หรือมีแหล่งเรียนรู้ (สนามจำลอง) ฐานเรียนรู้ ฝึกอบรม ฯลฯ

3.2) มีกิจกรรมโครงการขับขี่ปลอดภัยสวมหมวกนิรภัย 100% ในโรงเรียน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ชุมชน, สถานประกอบการ ฯลฯ

3.3) มีกิจกรรมที่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ดื่มไม่ขับ ขับรถเร็ว คาดเข็มขัด ฯลฯ

3.4) มีการบูรณาการเข้ากับวิถีชุมชน เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ

3.5) มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้ ก่อกระแส

3.6) มีส่วนร่วมของประชาชน เช่น เฝ้าระวัง แจ้งเตือน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Disease, injury, and causes of death country estimates, 2000–2022 [Internet]. World Health Organization; 2022. https://www.who.int/healthinfo/global_bur den_ disease/estimates_country_2000_2015/en/
2. WHO. Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011–2020 [Internet] World Health Organization; 2011.https://www.who.int/roadsafety/decade_of_ac tion/plan/global_plan_decade.pdf.
3. บุญยืน ศรีสว่าง. แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน เขตพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต.2561, 11, 32(4), 1451 – 1462.
4. งานสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. สถิติอุบัติเหตุทางจราจร จังหวัดลพบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. 2566.
5. วชิระ สุริยะวงค์ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรของวัยรุ่นแห่งหนึ่งเขตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ,41(4),105-114.
6. Balikuddembe KJ, Ardalan A, Khorasani ZD, Nejati A, Kasiima MS. (2016). Road traffic incidents in Uganda: A systematic review study of five years trend. *Jour of Injury Viol Research*. 9(1). 229-237.
7. Chang FR, Huang HL, Schwebel DC, Chan AHS, Hu GQ. (2020). Global road traffic injury statistics: Challenges, mechanisms and solutions. *Chin J Traumatol*, 23(4), 216–8.
8. Cullen P, Moller H,Woodward M, Senserrick T, Boufous S, Rogers K, et al. (2021). Are there sex differences in crash and crash-related injury between menandwomen? A13-year cohort study of youngdrivers inAustralia. *SSM Popul Health*, 14(1), 100-116.
9. Rune Elvik. (2024). Risk factors as causes of accidents: Criterion of causality, logical structure of relationship to accidents and completeness of explanations. Elsevier, 11(4), 129-149.
10. สรศักดิ์ ตันทอง และ กาญจนา นาถะพินธุ. (2560). ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการ สคร., 25(2), 62-67.

11. อนัญญา หาบุญมี. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(1), 171-179.
12. Kirshan Hanse Chinthong, Jenita Baruah, Ishan Phukan. (2023). Road traffic injuries and their associated risk factors in Dibrugarh district, Assam: a cross-sectional study. *Med Public Health,10(8), 2839-2844*.
13. Meisam Abolvardi. (2022). Human Risk Factors for Severity of Injuries in Urban and Suburban Traffic Accidents in Southern Iran: An Insight from Police Data. High Risk Behav Addict,11(4),129-139.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

Development of nursing practices for violent psychiatric patients in community hospitals Health District 4

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ระวิวรรณ เติมวาณิช[1] ,อนงค์นุช ศาโศรก[2] ,ปพิชญา ทวีเศษ[3]
Rawiwan Temwanich[1],Anongnuch Sasok[2] ,Papitchaya Thaweesat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 5 คน 2) ผู้เข้าร่วมดำเนินการวิจัย 109 คน 3) ผู้รับบริการ เดือน มิถุนายน ถึงเดือน ตุลาคม 2567 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรง 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ 5) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจ 7) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 8) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.69, S.D.=.47: $\overline{X}$ =4.33, S.D.=.50: $\overline{X}$ =4.19, S.D.=.65) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.65,S.D.=.55) 3) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00)

สรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปขยายผลให้ครอบคลุม และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนทั้ง 4 ระยะของการพยาบาลจะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมรุนแรง

Abstract

This research and development aims to study the situation, develop nursing practice guidelines, and evaluate the effectiveness of using nursing practices for psychiatric patients exhibiting violent behaviors in community hospitals of Health Zone 4. The sample group consists of: 1) 5 key informants, 2) 109 research participants, and 3) service users from June to October 2024. The tools used in this study include: 1) focus group interview guide, 2) violent behavior situation assessment form, 3) feasibility questionnaire for the practice guidelines, 4) professional nurses' opinion survey, 5) perception of benefits questionnaire, 6) satisfaction questionnaire, 7) self-efficacy questionnaire, and 8) knowledge test on managing violent behaviors. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, standard deviation, and t-test.

The research results : 1) The nursing practice guidelines for psychiatric patients with violent behaviors consist of the following stages: the initial stage of violent behavior onset, the stage of active violent behavior, the post-violent behavior stage, and the recovery phase from violent behavior. 2) Opinions about the nursing practice guidelines, perceptions of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา
[2] อาจารย์ประจำ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
(Corresponding Author) Email: Anongnud.s@siu.ac.th)
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN)
(สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี)

benefits, and satisfaction were rated at the highest level (M=4.69, S.D.=.47; M=4.33, S.D.=.50; M=4.19, S.D.=.65). Perceived self-efficacy was rated as high (M=3.65, S.D.=.55). 3) There was a significant difference in the mean scores of self-efficacy and knowledge of professional nurses after using the guidelines, which were higher than before applying the guidelines (p=0.00).

Conclusion: The nursing practice guidelines have shown positive results. They should be expanded to ensure comprehensive implementation. The full application of all four stages of the nursing process will enhance safety for both healthcare personnel and service users.

Keywords: nursing practice guidelines, psychiatric patients, violent behavior

บทนำ

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลก[1-4] และโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4] โดยเฉพาะพฤติกรรมที่กระทำต่อบุคลากรด้านสุขภาพ[5,6] เพราะเป็นบุคคลที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ งานมีลักษณะเฉพาะที่ต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันในภาวะไม่ปกติของผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น[7] จึงเป็นความเสี่ยงของบุคลากรของโรงพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ[8] ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น โดยส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต อาจเป็นความรุนแรงต่อร่างกายหรือทางกายภาพ เช่น การผลัก ดึง กระชาก หรือมีการใช้อาวุธ เป็นการกระทำที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น การใช้วาจาข่มขู่ทำให้กลัว การใช้วาจาคุกคามทางเพศ การด่าด้วยคำหยาบคาย การตะโกนเสียงดัง การดูหมิ่น เป็นต้น[9-10] นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชยังมีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของร้อยละ 84.80 และร้อยละ 42.90 เป็นการแสดงพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน[11] พฤติกรรมรุนแรงนี้มีผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความเครียด ความรู้สึกผิด ความแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามทางร่างกาย และจิตใจต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน ผลกระทบเหล่านี้ทำให้การดูแลเป็นไปด้วยความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง[12] ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหานี้ร่วมกัน และวางแผนป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน[13] ดังนั้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการป้องกันและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิต ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559-2565 พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคลุ้มคลั่งที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษา จำนวน 125,994 คน กลุ่มที่คลุ้มคลั่งและถูกนำส่ง จำนวน 125,994 คน ในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชและใช้สารเสพติด จำนวน 55,185 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 27,518 คน[14] ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตเวชที่สำคัญ คือการให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน ภายใต้การจำกัดของเวลา พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คลองแคล่ว มีการตื่นตัวในการให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู ในตนเองและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การช่วยเหลือโดยการพูดคุย การจัดการด้านกายภาพ จัดสิ่งแวดลอม จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือที่มีขั้นตอนตั้งแต่เกิดอาการจนนำส่งสถานพยาบาลอย่างถูกต้อง รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องทั้งที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

ในการบริหารจัดการสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ยังพบอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกเดือน และร้อยละ 50 เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์มากที่สุด คือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รองลงมาคือ

หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และงานบริการจิตเวช ผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา ดูแลกำกับ กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และได้รับมอบหมาย ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ 1128/2566 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและตรวจประเมินมาตรฐานบริการจิตเวชโดยเป็นคณะทำงาน พัฒนาและตรวจประเมินมาตรฐานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพจิต ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีรายงานอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางวาจาและทางร่างกาย และยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ขาดทักษะในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ขาดความพร้อมของทีมดูแล การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่โดนทำลาย ถูกข่มขู่ และขาดการประสานงานที่เหมาะสมของทีมให้การพยาบาล ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และมี โอกาสเกิดเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้ศึกษาสถานการณ์ในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มนี้ พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สำหรับพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคู่มือหรือแนวทางดังกล่าวไม่มีความเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล การนำมาใช้ต้องประยุกต์ใช้ตามความรู้ความสามารถของแต่ละโรงพยาบาล จึงไม่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ในภาพรวมจากการศึกษาสถานการณ์ พบว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่กำหนด ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ให้มีความพร้อมในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น และสนับสนุนให้พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง พบว่า การวิจัยพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่เน้นการศึกษาเฉพาะหน่วยบริการ อาทิการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 10[8] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ดของเกรียงไกร ศรีวิลัย (2566) [15] จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชชุมชนระดับเขตสุขภาพยังมีน้อยมาก และจากการศึกษาสถานการณ์การแก้ไขปัญหาดังกล่าว พบว่าแต่ละหน่วยบริการในชุมชนเขตสุขภาพที่ 4 ใช้แนวทางของกรมสุขภาพจิตที่ออกแบบเป็นขั้นตอนการปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติ ซึ่งไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน

จากปัญหาที่เกิดขึ้นคือการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ [16] ประเทศออสเตรเลีย และมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นำสู่การปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประเมินอาการระยะเริ่มแรก ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง วางแผนตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการของผู้ป่วย ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง มีการส่งต่อ และการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการ และกลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 2 คน (2) หัวหน้างานหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 3 คน 2) ผู้เข้าร่วมดำเนินการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 63 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 430 คน รวมทั้งหมด 493 คน จากโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 36 แห่ง

กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมาใช้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 แห่ง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงของการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน ตุลาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล 2) มีประสบการณ์ด้านการเป็นหัวหน้างานหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ภายใต้การกำกับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 3) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ 4) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่ได้ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน น้อยกว่า 1 ปี

ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 2 คน (2) หัวหน้างานหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 5 คน

2. ผู้เข้าร่วมดำเนินการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่ได้ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน น้อยกว่า 1 ปี

ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 94 คน รวมทั้งหมด 109 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมาใช้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงของการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน ตุลาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ตามเกณฑ์ ICD 10 2) มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 60 ปี 3) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง เป็นอาการนำในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ 4) สามารถ พูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยเข้าใจ 5) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ 6) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเข้าได้กับผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรงและประเมินพบว่ามีสาเหตุเกิดจากโรคทางกาย

ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงของการเก็บข้อมูล คือระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน ตุลาคม 2567 โดยยินดีและสามารถเข้าร่วมได้ตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม มี 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ ประเด็นหลักที่ 1 สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชของสถานบริการสาธารณสุข ในเขต สุขภาพที่ 4 ประเด็นหลักที่ 2 การวิเคราะห์องค์กร ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96

3. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 51 ข้อ และส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละด้าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.95

4. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 51 ข้อ โดยข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่าน้ำหนัก 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมาย คือ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง ปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละด้าน ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ คอนบาค (Cronbach’s alpha

coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.92

5. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์มาก 3 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์น้อย 1 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์น้อยที่สุด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.96

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.95

7. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับน้อย 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.97

8. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 0-14 มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 15-19 มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป 20-25 มีความรู้ระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.96

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> ศึกษาสถานการณ์การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดย

1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยการการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

2) ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งในและต่างประเทศ จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ โดย ประชุมทีมวิจัยในการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยเป็นงานวิจัยที่

ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ซึ่งอยู่ระหว่าง ปี พ.ศ. 2558-2567 โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework (Craig and Smyth อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 67-68) ประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเป็น 7 ระดับ ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ตามคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวน 7 แหล่ง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็น 100 ชื่อเรื่อง คัดสรรไว้ 50 ชื่อเรื่อง

ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดสรรไว้ 50 ชื่อเรื่อง ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินความพอเพียงงานวิจัยที่สืบค้นได้ พบว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรไว้ 50 ชื่อเรื่อง มีความน่าเชื่อถือ อยู่ในระดับที่ 1 จำนวน 8 ชื่อเรื่อง ระดับ 2 จำนวน 1 ชื่อเรื่อง ระดับ 4 จำนวน 21 ชื่อเรื่อง และระดับ 6 จำนวน 2 ชื่อเรื่อง รวมทั้งหมด 32 เรื่อง

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

1. นำการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศในระยะที่ 1 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยการพยาบาล 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Trigger phase) 2) ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Crisis phase) 3) ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง (Post violence behavior phase) และ4)ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง (Recovery from violence behavior phase)

2. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 (ฉบับร่าง) ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหา จากนั้นนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาล ผู้ได้รับวุฒิบัตร ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน จากการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.96

3. ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 8 แห่ง มีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งส่งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และอธิบายแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งเป็นหัวหน้างาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน และพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน มีการประชุมชี้แจงผ่านระบบออนไลน์ วันที่ 4 มิถุนายน 2567 โดยการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้ง 4 ระยะ ตามแนวปฏิบัติ พร้อมกับทบทวนและทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ โดยก่อนการประชุมมีการประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ด้วยแบบทดสอบความรู้ก่อนการประชุม

วงรอบที่ 1 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ที่ผ่านการแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

และแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งเป็นหัวหน้างาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน และพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน ที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ดำเนินการในแผนกและหน่วยงานของตนเอง พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ และเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย และศึกษาปัญหาอุปสรรคของการนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พร้อมกับใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับในการปรับแก้ไขร่างแนวปฏิบัติ

วงรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ผ่านการปรับปรุงในข้อ 4 ไปทดลองใช้ เป็นครั้งที่ 2 มีการนิเทศติดตามครั้งที่ 2 โดยการประชุมผ่านระบบออนไลน์ ในวันที่ 18 มิถุนายน 2567 ผลจากการนิเทศครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 16 คน สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปดำเนินการได้ครอบคลุม

วงรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้จริงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 94 คน และพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 109 คน

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

ผู้วิจัยประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากการสอบถามความคิดเห็นของ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งเป็นหัวหน้างาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน และพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 16 โดยถามความคิดเห็นและความเป็นไปได้เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 109 คน โดยใช้แบบสอบถาม (1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (2) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (3) ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (5) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของพยาบาลวิชาชีพ และ(6) ผลลัพธ์ในระดับองค์กร/หน่วยงานและระดับบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ใบรับรอง STY.COAO24/ 2567 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.20) อายุเฉลี่ย 42.14 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ป (ร้อยละ 41.30) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.30) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเฉลี่ย 6.43 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 5-15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ41.30) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ82.60) ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ร้อยละ75.20) จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ร้อยละ14.70) รองลงมาจบสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตร 4 เดือน (ร้อยละ7.30) ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 86.30) และหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต (ร้อยละ13.70)

ข้อมูลสภาพการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 1) สภาพการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นจากเดือนละ 1-2 ครั้ง/เดือน ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 3-4 ครั้ง/เดือน ในปี 2566 พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ถูกผู้ป่วยจิตเวชกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด เฉลี่ย 1-2 ครั้ง/ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2566 และ2567 รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเวรเปล ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ปฏิบัติงาน ด้านพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา โดยการใช้น้ำเสียงตะคอก (ร้อยละ 83.48) ด่าทอด้วยคำหยาบคาย (ร้อยละ 71.56) รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางกาย จากพฤติกรรมกระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียว (ร้อยละ 78.90) และพฤติกรรมที่มีอาการหวาดระแวง (ร้อยละ 71.56) พบช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์เวรเช้ามากที่สุด (ร้อยละ 79.82) พบได้ทั้งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในและงานจิตเวชและสุขภาพจิต 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มากที่สุด คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ใช้สุราหรือสารเสพติด มีภาวะฉุกเฉินทางจิต การที่พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตายและการมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ รองลงมาปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคลากรมีจำนวนน้อย ขาดทักษะในการปฏิบัติงานด้านจิตเวช และปัจจัยสถานการณ์/การมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจจากการบริการรอนาน ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารและบุคลากรใช้คำพูดหรือพฤติกรรมคุกคาม 3) ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ต่อตัวบุคลากร ในด้านจิตใจมากที่สุด คือ ไม่ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน รองลงมาอยากลาป่วย วิตกกังวลและเครียด ผลกระทบด้านร่างกาย คือ มีผลทำให้บุคลากรบาดเจ็บเล็กน้อย ผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการและบุคลากร คือ เป็นประสบการณ์ที่น่าสะพรึงกลัว ต้องใส่ใจในการบริการมากขึ้นและการจุดประกายความเกลียดชังระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร ผลกระทบต่อองค์กร คือ สูญเสียภาพลักษณ์การให้บริการมากที่สุด รองลงมาทำให้สูญเสียงบประมาณและการเปลี่ยนงานย้ายงาน 4) หน่วยงานใช้วิธีจัดการพฤติกรรมรุนแรง ด้านชีวภาพ มากที่สุด คือการฉีดยา รองลงมาคือ การแยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก และการควบคุมตัว ผูกมัด ด้านจิตวิทยา มากที่สุด คือการพูดคุยกับผู้ป่วย รองลงมา คือ การลดระดับความรุนแรง ด้านสังคม มากที่สุด คือ การแยกออกจากสิ่งกระตุ้น และรองลงมาการใช้กิจกรรมต่าง ๆ ส่วนวิธีอื่นๆ คือ การส่งต่อ 5) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช มากที่สุด คือ รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวถูกทำร้าย กลัวให้การพยาบาลไม่ถูก ไม่กล้า ขาดการเรียนรู้ในหลักสูตรปกติและขาดการฝึกอบรม ขาดความรู้ ทักษะ ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง และขาด

ความเชื่อมั่นในจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง 6) แนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช คือ การฝึกอบรมบุคลากร มากที่สุด รองลงมา คือ องค์กรควรจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และการวางแผนร่วมกันในหน่วยงาน 7) ความจำเป็นและต้องการพัฒนาสมรรถนะ หัวข้อที่ต้องการพัฒนามากที่สุดคือ การพยาบาลจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง รองลงมา คือ การประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และการบริหารจัดการเรื่องยาในผู้ป่วยจิตเวชหัวข้ออื่น ๆ ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

2. ผลพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 4 ระยะการพยาบาล คือ 1) ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Trigger phase) จำนวน 13 ข้อ 2) ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Crisis phase) จำนวน 17 ข้อ 3) ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง (Post violence behavior phase) จำนวน 9 ข้อ และ4) ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง (Recovery from violence behavior phase) จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด 51 ข้อ ดังนี้

ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Trigger phase) ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการป้องกันพฤติกรรมรุนแรง ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และ2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Crisis phase) ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดพฤติกรรมรุนแรง และ2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง (Post violence behavior phase) ประกอบด้วย 1) การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และ2) การติดตามผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงหลังส่งกลับ

ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง (Recovery from violence behavior phase) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ2)การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ

2.2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและการขยายผลของแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจิตเวชและสุขภาพจิต และหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวน 109 คน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ระยะ อยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ (1) ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.80,S.D.=.44) (2) ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.77,S.D.=.56) (3) ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.73, S.D.=.53) และ (4) ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.47,S.D.=.66) และเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถใช้ได้จริงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.69, S.D.=.47) ด้านการขยายผลสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยอื่นๆที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ ($\overline{X}$ =4.49, S.D.=.60) สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลระดับต่างๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ($\overline{X}$ =4.26, S.D.=.53) รวมทั้งมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ($\overline{X}$ =4.23, S.D.=.85) และการขยายผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.34, S.D.=.35)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ใน

ภาพรวม พบว่า ระดับความคิดเห็นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ **=4.33**, S.D.=.50) เมื่อพิจารณารายข้อเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก คือ (1) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (2) ส่งเสริมการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ (3) ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน (4) มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์ และ (5) ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.49, S.D.=.60; $\overline{X}$ =4.39,S.D.=.63; $\overline{X}$ =4.35,S.D.=.65; $\overline{X}$ =4.35,S.D.=.58; $\overline{X}$ =4.33,S.D.=.62)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในภาพรวม พบว่า ระดับความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ **=4.19**, S.D.=.65) เมื่อพิจารณารายข้อเกี่ยวกับความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก คือ (1) ระยะเวลาในการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสม (2) สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับอื่นได้ (3) จำนวนอุบัติการณ์จากพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชลดลง (4) ช่วยให้หน่วยงานใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า และ(5) สามารถนำไปปฏิบัติในบริบทของหน่วยงานได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.37, S.D.=.75; $\overline{X}$ =4.31,S.D.=.74; $\overline{X}$ =4.21,S.D.=.79; $\overline{X}$ =4.19,S.D.=.82; $\overline{X}$ =4.19,S.D.=.78)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในภาพรวม พบว่า ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.65,S.D.=.55) เมื่อพิจารณารายข้อเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก คือ (1) มั่นใจว่าหน่วยงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างปลอดภัย ทั้งต่อบุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน (2) ขณะที่ ปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยท่านมีวิธีการดูแลตนเองให้ปลอดภัยทุกครั้ง (3) มั่นใจในวิธีการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (4) มั่นใจในการพิจารณาตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ (5) มั่นใจในการจัดการร่วมกับทีมในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงเบื้องต้น ($\overline{X}$ = 3.84, S.D.=.80; $\overline{X}$ = 3.76, S.D. = .75; $\overline{X}$ = 3.75, S.D.=.76; $\overline{X}$ =3.75, S.D. = .69; $\overline{X}$ =3.74,S.D.=.76) ตามลำดับส่วนน้อย พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับ 2 อันดับ คือ (1) มั่นใจใน สภาพสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่และอุปกรณ์ เพื่อจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ(2) มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ = 3.39,S.D.=.76; $\overline{X}$ =3.48,S.D.=.65)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=-19.892, p-value=.000)

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=-7.346, p-value=.000)

3. ผลการประเมินผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผลลัพธ์ ในระยะเวลา 12 เดือน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และระยะเวลา 5 เดือน หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถ

สรุปได้ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดระดับองค์กร/หน่วยงาน ได้แก่ (1) จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ลดลงจาก 91 คน เป็น 17 คน (2) จำนวนอุบัติการณ์จากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ลดลงจาก 83 ครั้ง เป็น 10 ครั้ง 2) ตัวชี้วัดระดับบุคคล ได้แก่ (1) จำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรง ลดลงจาก 2 คน เป็น 1 คน (2) จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรง ลดลงจาก 2 คน เป็น 1 คน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก [4] ที่มีรายงานผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ National Institute for Health and Care Excellence (2014)[16] ที่พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่กระทำต่อบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งหน่วยงานผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2559) ที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชต่อพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ของเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น จากการสืบค้นข้อมูลพบว่ายังมีข้อมูลด้านการดูแลรักษาโดยเฉพาะแพทย์ทางด้านจิตเวชบางพื้นที่ไม่มีแพทย์ด้านนี้โดยตรง ด้านอัตรากำลังทางการพยาบาลไม่เพียงพอ ถึงแม้ว่าจะมีองค์กรด้านการพยาบาล เช่น กองการพยาบาล ได้มีมาตรฐานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตรวมทั้งแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิตได้มีประกาศแนวทางปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงมาแล้วก็ตาม แต่ยังไม่ครอบคลุมแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้อย่างครบถ้วน ส่วนใหญ่เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นภาพรวมของทุกวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน ยังไม่เฉพาะเจาะจงของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังพบอุบัติการณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความเครียด ความท้อแท้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุรัตน์ ศรีมุงคุล (2565)[13] ที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหานี้ร่วมกัน และวางแผนป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน รวมทั้งการศึกษาของอรัญญา ฤทธิเดช และคณะ (2566) [17] ที่ศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษาพบว่าลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้

ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ รวมทั้งความมั่นใจและความปลอดภัยในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหรือทักษะการดูแลรวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสอดรับกับผลการสำรวจของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าการมีเจ้าหน้าที่จำนวนน้อย รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวถูกทำร้ายกลัวให้การพยาบาลไม่ถูกไม่กล้า ขาดการเรียนรู้ในหลักสูตรปกติและขาดการฝึกอบรม ขาดความรู้ ทักษะ ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง และขาดความเชื่อมั่นในจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2561)[8] ที่พบว่าบุคลากรขาดความรู้ ขาดทักษะและขาดความมั่นใจ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวถูกทำร้าย เสี่ยงอันตราย และมีความรู้สึกไม่เป็นมิตรระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4จากการสนทนากลุ่มและการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคใน

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช คือ การฝึกอบรมบุคลากร ตามแนวคิดของ National Institute for Health and Care Excellence (2014)[16] เสนอว่าการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรจะเป็นกลยุทธ์หลักในการแก้รากเหง้าของปัญหาการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา (2553)[18] ที่เสนอว่าการพัฒนาสมรรถนะให้บุคลากรจะเป็นการส่งเสริมการทำงานที่ปลอดภัย องค์กรควรจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล ที่นอกเหนือจากการเรียนรู้ในระบบการศึกษาปกติ

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 4 ระยะการพยาบาล คือ 1) ระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Trigger phase) 2) ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Crisis phase) 3) ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง (Post violence behavior phase) และ4) ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง (Recovery from violence behavior phase) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ระยะ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด และโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 แห่งมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินี้ คือ ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.80,S.D.=.44) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและผลข้างเคียงของยา มีการติดตามการเยี่ยมบ้านให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลของญาติ ครอบครัว ชุมชน และหาแหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือในชุมชน ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้คะแนนเฉลี่ย รองลงมา คือ ระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.77,S.D.=.56) ระยะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.73, S.D.=.53) และระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$ =4.47,S.D.=.66) และเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถใช้ได้จริงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.69, S.D.=.47) ซึ่งแนวปฏิบัตินี้มีจุดเน้นที่การบริหารจัดการทางการพยาบาล 4 ระยะตามระยะของสถานการณ์ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของ Harper & Reimer (1998); Sethi et al. (2004); Victor (2009); Jones (2013); Guay et al. (2013)[19-23] ที่มีแนวปฏิบัติชัดเจนเป็นขั้นตอนตามระยะของสถานการณ์ เพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ การคุ้มครองป้องกันเมื่อมีอุบัติการณ์ และการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2560)[8] ที่ทำการศึกษารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 10 นี้ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมีจุดเน้นที่กระบวนการจัดการ 3 ระยะ ซึ่งใช้ชื่อว่า MInD Model ตามระยะของสถานการณ์ และผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้จะมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าระยะการพยาบาลระยะอื่นๆ แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นด้วยว่าระยะการพยาบาลนี้อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกันโดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ =4.47,S.D.=.66)

จากการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถใช้ได้จริงในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.69,S.D.=.47) และสามารถใช้กับผู้ป่วยอื่นๆที่มีพฤติกรรมรุนแรง และโรงพยาบาลระดับต่างๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้กับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

สำหรับผลการประเมินการรับรู้ประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.33,S.D.=.50) เมื่อพิจารณาแต่ละ

ประเด็นพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน และมีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งยังช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จะเน้นย้ำการพยาบาลในแต่ละระยะของการพยาบาล ในประเด็นการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเป็นมิตรสงบ ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล พูดช้า ด้วยท่าทีสงบเพื่อให้ผู้ป่วยรับฟังและรับรู้ความรู้สึกของตนเอง จริงใจให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ฤทธิเดช และคณะ (2566)[17] ศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ดี

สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.19,S.D.=.65) เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระยะเวลาที่มีการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล และมีความพึงพอใจที่แนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับอื่นได้ด้วย และเมื่อนำไปใช้แล้วเชื่อว่าจะสามารถลดจำนวนอุบัติการณ์จากพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560)[24] ที่ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สำหรับพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ในประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะฉุกเฉิน การพยาบาลในระยะนี้เน้นความปลอดภัย การป้องกันพฤติกรรมรุนแรง หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การประเมินผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมรุนแรงและทักษะการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรัญญา ฤทธิเดช และคณะ (2566) พบว่า การดำเนินงานสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ดี คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในในระดับมาก สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการจัดบริการทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้หลักการพยาบาล 4 ระยะนี้จะทำให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน ตอบปัญหาในการปฏิบัติงาน จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการปัญหาได้ตรงตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของบุคคล มั่นใจว่าหน่วยงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างปลอดภัย ทั้งต่อบุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ขณะที่ปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองได้ปลอดภัยทุกครั้ง มั่นใจในวิธีการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย มั่นใจในการพิจารณาตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และมั่นใจในการจัดการร่วมกับทีมในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงเบื้องต้น โดยรวมผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.65,S.D.=.55) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คู่มือจนมีความรู้ความเข้าใจ โดยคะแนนความรู้ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากร้อยละ 89.50 สอดคล้องกับการศึกษา[25] ที่กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงจะสามารถจัดการตนเองในสถานการณ์กดดันได้อย่างมั่นใจ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ยังไม่ถึงระดับมากที่สุด เป็นไปได้ที่การสื่อสารการใช้แนวปฏิบัติยังไม่ทั่วถึงและมีบางประเด็นที่ปฏิบัติยาก และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงนี้พยาบาลต้องมีทักษะแต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 84.40) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ร้อยละ75.20) ทำให้พยาบาลรับรู้และมั่นใจในมาตรการของหน่วยงานไม่ถึงระดับมากที่สุด จากการศึกษาของวีเนมาและคณะ (Veenema TG, et al. 2020)[26] เสนอว่าควรจัดระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพได้รับรู้ร่วมกันและเกิดความมั่นใจในมาตรการของหน่วยงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานบริการพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่นด้านสถานที่ การจัดการด้านทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในการจัดบริการพยาบาล วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านระบบการให้บริการพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงจะเกิดความปลอดภัยและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดี

การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายในระยะ 5 เดือนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลลัพธ์ระดับองค์กร หน่วยงาน/ในประเด็นการพยาบาลระยะหลังพฤติกรรมรุนแรง แบ่งเป็นการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ลดลงจาก 91 คน เป็น 17 คน และร้อยละ 100 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อสู่ชุมชน อุบัติการณ์จากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ลดลงจาก 83 ครั้ง เป็น 10 ครั้ง ผลลัพธ์ระดับบุคคล พบบุคลากรบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรง ลดลงจาก 2 คน เป็น 1 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรง ลดลงจาก 2 คน เป็น 1 คน ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นไปได้ที่การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้ยังไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่บ่งบอกคุณภาพการปฏิบัติงาน ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในระยะสั้นที่ศึกษาผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 5 เดือน จึงยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ผลการศึกษาแสดงถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยระยะของการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการกำหนดในนโยบาย มีแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจนส่งผลที่ดีต่อผลลัพธ์ระดับองค์กรหน่วยงาน/และระดับบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารองค์กรควรเพิ่มวิธีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์จากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ผลจากการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันและจัดการความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงและลดอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 สามารถนำมาใช้เพื่อจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและควรกำหนดเป็นนโยบายเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากรและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ไปใช้ สามารถประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

2. ควรศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาล ชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล อย่างละเอียดเพื่อสามารถนำมาปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำแนว

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนทั้ง 4 ระยะของการพยาบาล เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน

2. ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะเพื่อนำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

3. ควรมีการวิจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพต่อวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

4. ควรมีการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงร่วมกับเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1.Anderson, A., & West, S.G. (2011). “Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim,” Innovations in Clinical Neuroscience, 8(3), 34-39.

2.Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., Granot, M., Hirschmann, S. & Kostinski, H., (2012).“Patients’aggression in psychiatric settings,” Qualitative Health Research, 22(1), 43–53.

3.Shah et al. (2016). Key components and strategies utilized by nurses for de-escalation of aggression in psychiatric in-patients: a systematic review protocol. The Joanna Briggs Institute: 109-118.

4.World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO. 2002.

5.Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, & Bue Bjorner J. (2014). “Sensitivity and specificity of the Broset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry,” Nord J Psychiatry, 68(8), 536-42.

6.Stevenson KN, Jack SM, O’Mara L, LeGris J. (2015). “Registered nurses’ experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study,” BMC Nursing; 14:35.

7.Spencer, Stephen T. Stone, & M. McMillan. (2010).“Violence and Aggression in Mental Health Inpatient Unit: An Evaluation of Aggression Minimization Programs,” Hunter New England.3, 1 (January): 42-48.

8.อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2561). รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล. บริษัทสำนักพิมพ์พานทองจำกัด.

9.นันทวัช สิทธิรักษ์, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, ณัฏฐา สายเสวย, วรภัทร รัตอาภา, พนม เกตุมาน, วีระนุช รอบสันติสุข, สกุลทิพย์ มาลาศรี. (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(4), 385-398.

10.ศันยวิทย์ พึงประเสริฐ. (2561). แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล.(พิมพ์ครั้งที่2). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

11.ศิริพรรณ ธนันชัย และจินตนา ยูนิพันธ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารแพทย์นาวี, 44(3), 536-551.

12.นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย. (2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 14(1),10-22.

13.ภาณุรัตน์ ศรีมุงคุล. (2565).การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามิน. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

14.สถาบันการแพทย์. รายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2565. https://www.niems.go.th/1/Ebook?group=23

15.เกรียงไกร ศรีวิลัย. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 467-474.

16.National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of practice guideline. Retrieved January 30, 2024, from https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf

17.อรัญญา ฤทธิเดช, อุบล วรรณกิจ, อสุนี สาแลมะ และอาอีเสาะ สาแล๊ะมะ. (2566). การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 175-184.

18.วันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 16(1), 121-134.

19.Harper-Jaques S, & Reimer M. (1998). Biopsycho social management of aggression and violence. In Boyd MA, Nihart MA. Psychiatric Nursing Contemporary. Practice

20.Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, Klevens J, Odero W, & Suriyawongpaisal,P. (2004). Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: World Health Organization: 2004

21.Victor, F.G. (2009). Management of agitated patients in the emergency department. Emergencies, 21(2), 121-132.

22.Jones, D. (2013). Violence in the workplace: An endemic but not an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. United Kingdom. Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, October 2013: 31-34

23.Guay, S., Goncalves, J. and Boyer, R. (2016) Evaluation of an Education and Training Program to Prevent and Manage Patients' Violence in a Mental Health Setting: A Pretest-Posttest Intervention Study. Healthcare, 4, Article 49. Retrieved Mach 12, 2024, from https://doi.org/10.3390/healthcare4030049.

24. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สำหรับพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด

25.Newman, C., Roche, M., & Elliott, D. (2023). Exposure to patient aggression and health outcomes for forensic mental health nurses: A cross-sectional survey. Journal of Advanced Nursing, 80(3), 1201-1211.

26.Veenema TG, Losinski SL, Newton SM, Seal S. Exploration and development of standardized nursing leadership competencies during disasters. Health Emergencies and Disaster Nursing. 2016b;4(1):1–13.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.4 October-December 2024

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
The Model of Drug Addiction Rehabilitation Treatment in Community solation (CI) Nakalomrak Center, Buengkan Province.

(Received: December 22,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 28,2024)

คำไฝ พลสงคราม[1] สิทธินนท์ หาญจริง[2]
Khamfai Polsongkram[1] Sittinon Hanjing[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยใช้ศูนย์พักคอย และศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ทีมสุขภาพ จำนวน 20 คน และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน และผู้ติดสารเสพติดที่ จำนวน 90 คน โดยใช้รูปแบบกิจกรรมออกแบบหลักสูตร Cognitive-behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับแนวคิดวงจร PDCA (Deming Cycle) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Dependent t-test

ผลการศึกษา: หลังใช้รูปแบบ พบว่า 1) ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยลดลง 3) ระดับการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 4) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โดยใช้ศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยภาพรวมร้อยละ 100 และ 5) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โดยใช้ศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ โดยภาพรวมร้อยละ 100

คำสำคัญ: ผู้ติดสารเสพติด, รูปแบบ, การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด

Abstract

This study is an action research project aimed at developing a rehabilitation model for substance addiction through the use of a temporary rehabilitation center. The objectives are to identify a suitable rehabilitation model and evaluate its effectiveness at the Nakalomrak Temporary Rehabilitation Center in So Phisai District, Bueng Kan Province. The sample group consists of 20 healthcare team members, 10 relevant stakeholders, and 90 substance users. The intervention applies a curriculum based on Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) integrated with the PDCA (Deming Cycle) framework. The research instruments include questionnaires, and data analysis is conducted using descriptive statistics, such as frequency, percentage, mean, and Dependent t-test.

Results: The results indicate that: 1) The overall intention of substance users to quit increased significantly, as reflected in the higher mean score. 2) Substance use behavior of participants decreased in terms of frequency and severity, resulting in a lower mean score. 3) The overall level of substance use significantly decreased at a statistical significance of 0.05. 4) The feasibility of implementing the rehabilitation model at Nakalomrak Temporary Rehabilitation Center was found to be 100% and 5) The overall feasibility of using the center for substance addiction rehabilitation was confirmed at 100%.

Keywords: Drug Addicts, Model, Drug Rehabilitation Therapy

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
[2] จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน สสอ.โซ่พิสัย

บทนำ

ปัญหาการระบาดของยาเสพติดนับเป็นปัญหาวิกฤติที่ประชาคมโลกกำลังเผชิญอยู่ สำหรับประเทศไทยนั้น ปัญหาเรื่องยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีมาแต่ช้านาน เมื่อก่อนใช้เป็นยากระตุ้นในการทำงาน ส่วนใหญ่มักจะใช้ในกลุ่มแรงงาน กรรมการ เกษตรกร เรียกชื่อว่า “ยาม้า” หรือ “ยาขยัน” ครั้นต่อมาผู้ผลิตเห็นมีผู้บริโภคจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีส่วนผสมสารเคมีที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ที่เป็นตัวกระตุ้นและตัวเสริมให้ปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อนและแข็งตัว ยากต่อการป้องกัน และแก้ไขได้มากขึ้น เสพมาก ๆ ขึ้น ทำให้ติดยาโดยเฉพาะสมอง ที่เรียกว่า “สมองติดยา” ทำให้เกิดการคลุ้มคลั่ง จนเปลี่ยนชื่อมาเป็น “ยาบ้า” นำไปสู่การก่ออาชญากรรมที่รุนแรงต่อบุคคล ชุมชนและสังคม ทำลายชีวิตบุคคลอื่นแม้กระทั่งตัวเอง ญาติพี่น้อง ผู้ใกล้ชิด และทำลายทรัพย์สินเสียหาย ถึงแม้ทางราชการจะมีการหยุดยั้งหรือควบคุมแหล่งผลิต แต่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากส่วนหนึ่งมีการลักลอบการนำเข้าในพื้นที่ชายแดน ยากที่จะป้องกันได้ มีการลักลอบจำหน่ายให้กลุ่มแรงงานจนกระทั่งไปยังกลุ่มเด็ก ทำให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ตามมา ราคาก็ถูกเข้าถึงง่าย และมีรูปแบบต่าง ๆ มาล่อใจให้กับผู้เสพ ปี 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็น 5.5% ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน แอมเฟตามีน 29 ล้านคน [1]

ในปี 2019 สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ได้ประมาณการผู้ติดยาเสพติดทั้งโลกในปี ค.ศ. 2017 (พ.ศ. 2560) มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก โดยยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 21 ล้านคน และโคเคน 18 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พื้นที่ที่มีการจับกุมมากที่สุด ได้แก่ ทวีปเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ขณะที่การปลูกฝิ่นภาพรวมทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ในประเทศอัฟกานิสถานมีพื้นที่ปลูกฝิ่น ปี ค.ศ. 2018 จำนวน 263,00 เฮกตาร์ ลดลงร้อยละ 20 ในประเทศเมียนมามีพื้นที่ปลูกฝิ่น 37,300 เฮกตาร์ ลดลงร้อยละ 12 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของสารกระตุ้นระบบประสาท (AST) ประเภทแอมเฟตามีนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น การดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแก้ไขปัญหาการเสพและการติดยา ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดที่ว่า “ผู้เสพคือ ผู้ป่วย” ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคน จากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่ามีการขายยาเสพติดออนไลน์ควบคู่กับการส่งทางพัสดุไปรษณีย์ - หมู่บ้าน/ชุมชน 3,440 แห่ง ยังมีปัญหายาเสพติดมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด “ยาบ้า” ยังถือเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหาหลัก ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562 จับคดียาเสพติด 363,769 คดีทางพัสดุไปรษณีย์ - หมู่บ้าน/ชุมชน 3,440 แห่ง[2]

การจัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เน้นการเข้าถึงการรับบริการได้ง่าย ได้ปรับปรุงกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพทั้งใน

ส่วนของการคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการครบทุกขั้นตอน รวมทั้งติดตามดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสภาพปัญหาก่อนที่จะกลับคือสู่สังคม จึงเป็นเป้าหมายหลักที่หน่วยบริการจะต้องเร่งดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม ครอบคลุม 7 ตำบล 95 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 71,579 คน ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวนยางพารา) กรรมกร และค้าขาย จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ปี 2566 จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดบึงกาฬ จากรายงานการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้ามารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในจังหวัดบึงกาฬ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 1,268 ราย แยกเป็นผู้ใช้ จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.02 ผู้เสพ จำนวน810 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.88 และผู้ติด 331 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.10 ในระดับอำเภอโซ่พิสัย พบว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญรองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากรายงานการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้ามารับบริการบำบัดรักษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 จำนวน 233 ราย แยกเป็น ผู้ใช้ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.29 ผู้เสพ จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.52 และผู้ติด จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.18[3]

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีโอกาสกลับมาเสพซ้ำ จนส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว และชุมชนตามมา จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในคลินิกโดยการ focus groups เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบยังขาดความรู้ คือ 1. ด้านระบบการบริการ พบว่า ระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดไม่ชัดเจนมีความหลากหลาย ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิก ขาดประสบการณ์ในการบำบัดรักษา ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพไม่ทราบ และไม่มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และกำกับ ติดตาม 2. ด้านบุคลากร พบว่า เจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนมาปฏิบัติงานในคลินิกการกำหนดบทบาทที่ไม่ชัดเจน การทำกลุ่มบำบัดรักษามีความหลากหลาย 3. ด้านผู้ป่วย พบว่า ไม่เข้ารับการบำบัดรักษาตามนัด มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ขณะบำบัดรักษา กลับมาเสพซ้ำอีก 4. ด้านผู้ดูแลและญาติ พบว่า ขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในการดูแล การกำกับ ติดตามผู้ติดยาเสพติด และ 5. ด้านชุมชน พบว่า ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล ควบคุม กำกับ และติดตาม ร่วมกับหน่วยงานอื่น ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานในการดูแลด้านภาวะสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้ติดสารเสพติด จึงมีความสนใจที่จะหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเน้นจัดรูปแบบระบบบริการในการบำบัดที่มีความครอบคลุมต่อเนื่อง บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะองค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ติดสารเสพติด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดสารเสพติดมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ยึดมั่นในการรักษา ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจในการดูแล

ตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยมีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการออกให้คำแนะนำและให้การบำบัดรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดสารเสพติดมีความเข้าใจกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกลุ่มเป้าหมายผู้ติดสารเสพติด เพื่อหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสม ร่วมกับ หลักสูตร Cognitive-behavioral Therapy (CBT) หรือ การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) โดยใช้แนวคิดวงจร PDCA (Deming Cycle) ในการดำเนินการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือน มีนาคม- สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงของทีมสุขภาพ เป็นทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และนักจิตวิทยา จำนวน 20 คน และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้เข้ารับการบำบัด และผู้ปกครอง หรือครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัดในเขตอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 10 คน 2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้ติดสารเสพติด คือ ผู้ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีสารเสพติดในปัสสาวะหรือในเลือด หรือผู้ที่มีหนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด จากสำนักงานควบคุมความประพฤติจังหวัดบึงกาฬ ที่มารับบริการรักษาในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มีนาคม ถึง สิงหาคม 2567 โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัด จำนวน 90 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) ผู้ติดสารเสพติดที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปีขึ้นไป

2) ผู้ติดสารเสพติดที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารเสพติดในปัสสาวะหรือในเลือด หรือมีหนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดจากสำนักงานคุมความประพฤติ จังหวัดบึงกาฬ สถานีตำรวจภูธรโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ และศาลจังหวัดบึงกาฬ

3) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอโซ่พิสัยที่กำลังรับบริการบำบัดที่คลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

4) มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออก เขียนได้ และมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติดมีรายละเอียดเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้เสพสารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินระดับการกระทำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับการเสพสารเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองการใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 เพื่อประเมินระดับการเสพสารเสพติด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ และคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) หมายถึง กระบวนการวางแผนการหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) การสนทนา/อภิปรายกลุ่ม (Group discussion) โดยทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ปกครอง หรือครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัด ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus group) เพื่อทราบความต้องการ และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา สู่การกำหนดรูปแบบฯ วิธีการแก้ปัญหา 4) จัดทำแผนและรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (DO) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจง และเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย 2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ที่กำหนดไว้ในการพัฒนาคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในสถานบริการ เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข (Check) หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและศึกษารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยการสังเกต โดยมีระยะเวลาในการติดตามประเมินผลหลังการบำบัด จำนวน 3 ครั้ง คือ ในระยะ 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน หลังการบำบัด และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (ACT) หมายถึง ขั้นตอนการตรวจสอบผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 1) ประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติด 2) ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติด 3) ประเมินระดับการเสพสารเสพติด 4) ประเมินผลลัพธ์ทาง

คลินิก ก่อน-หลัง ในระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน 5) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ การวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปปรับแผนหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ต่อไป

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัย ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) แบบประเมินความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติด

2) แบบ ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้เสพสารเสพติด

3) แบบประเมินระดับการเสพสารเสพติดใช้ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ส่วนแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) เท่ากับ 0.8 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติด พฤติกรรมการเสพสารเสพติด ระดับการเสพสารเสพติด สังเกต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติด พฤติกรรมการเสพสารเสพติด ระดับการเสพสารเสพติด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน dependent t-test จริยธรรมในการวิจัยได้ปกป้องกลุ่มตัวอย่างให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์ของคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดบึงกาฬ

ผลการวิจัย

สรุปผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด)

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบ (n=90)			หลังการใช้รูปแบบ (n=90)			t	df	p-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด	สูง	62.85	9.63	สูงมาก	69.75	4.92	-8.090	59	0.000
พฤติกรรมการเสพสารเสพติดโดยภาพรวม	สูง	67.65	35.21	สูงมาก	90.25	-7.90	-7.90	59	0.000
ระดับการเสพสารเสพติดโดยภาพรวม	ปานกลาง	18.6	2.19	ต่ำ	8.9	28.62	28.62	59	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 62.85, SD. = 9.63 หลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 69.75, S.D.= 4.92 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการเสพสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 67.65, S.D. = 35.21 หลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 90.25, S.D. = 14.47 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการเสพสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 18.6, S.D. = 2.19 หลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x}$ = 8.9, S.D. = 2.72 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้รูปแบบระบบร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) โดยภาพรวม ร้อยละ 100 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด (ทีมสุขภาพ) ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้รูปแบบระบบร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอย นาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยภาพรวมร้อยละ 100

อภิปรายผล

1. ความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติด ก่อนการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 62.85 (SD = 9.63) และหลังการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 69.75 (SD = 4.92) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 167 คน รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การเตรียมครอบครัว 2)การสำรวจผลกระทบความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด

ในชุมชนและแนวทางการแก้ไข 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา 4) การให้ความรู้เรื่องวงจรการใช้ยาปัญหาในช่วงเลิกยาระยะแรก 5) การให้ความรู้เรื่องการระกอบอาชีพ/การศึกษา 6) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 7 การคืนคนดีสู่สังคม ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ประชาชน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพซ้ำและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง และสอดคล้องกับ ราศรี อาษาจิตร[5] ได้ทำกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการดำเนินการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูและการเยี่ยมติดตามผู้ติดยาเสพติดมีการนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D = 0.19) 3) ผู้ติดสารเสพติดหยุดใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามครบ 12 เดือน ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างถาวร

2. พฤติกรรมการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติด ก่อนการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 67.65 (SD = 35.21) หลังการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 90.25 (SD = 14.47) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรมการเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญานี คำเหลือ[6] ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ตัวแทนภาคีเครือข่ายจาก (1) คณะกรรมการ พชอ. (2) เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 2) กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร และ 3) แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง อาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (2) เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (3) บุคลากรและอัตรากำลัง (4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฯ มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 94.87 กลับไปเสพซ้ำ 2 คน ร้อยละ 3.12

3. ระดับการเสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติด ก่อนการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18.6 (SD = 2.19) หลังการใช้รูปแบบ: มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 8.9 (SD = 2.72) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าระดับการเสพสารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญานี คำเหลือ[6] ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ตัวแทนภาคีเครือข่ายจาก (1) คณะกรรมการ พชอ. (2) เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 2) กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร และ 3) แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง อาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (2) เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (3) บุคลากรและอัตรากำลัง (4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฯ มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 94.87 กลับไปเสพซ้ำ 2 คน ร้อยละ 3.12

4. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด (ศูนย์พักคอย) ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ความเป็นไปได้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดอยู่ที่ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี อาวรณ์[7]ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มียาบ้าเข้ามาแพร่ระบาดในกลุ่มพนักงานลูกจ้าง เพศชาย อายุ 20-40 ปี ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการส่วนใหญ่ร้อยละ 100 มีมติร่วมกันเห็นควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู บูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการทูบีนัมเบอร์วันผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าประเด็นที่ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการจัดบริการเชิงรุก (2) ด้านการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ (3) ด้านโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบใหม่ เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix program ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน ผลการวิจัยระยะที่ 3 ด้านประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบใหม่การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100 อัตราการหยุดเสพต่อเนื่องหลังบำบัด 2 สัปดาห์, 1,2,3,6 เดือน ร้อยละ100 ทุกระยะ มีการกลับมาเสพซ้ำในเดือนที่ 9 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 หยุดเสพต่อเนื่องหลังบำบัดครบ 1 ปี ร้อยละ100 และด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูอยู่ในระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 20 และร้อยละ 80 ตามลำดับ และสอดคล้องกับ โกวิท คงหนู[8] ได้ทำการศึกษา การป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบ้านปากด่าน ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า การป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บ้านปากด่าน ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา มีค่าเฉลี่ยระดับมาก (X-4.21) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านการส่งเสริมป้องกัน มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด (X =4.51) รองลงมา ด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา (X -4.37 ด้านการติดตามดูแลช่วยเหลือ (X =4.37)ด้านการคัดกรอง (X =3.94) ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับน้อยที่สุด (x-3.81)

5. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด (ทีมสุขภาพ) ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ความเป็นไปได้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดอยู่ที่ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐพร ผลงาม[9]ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจโดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิดตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไรเน้นความสมัครใจ โดยแบ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถานบริการสาธารณสุขควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถสภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด และสอดคล้องกับ ศรีไชย โพธิ์ศรี[10] ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้มี 4 ขั้นตอน คือ 1.ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1)การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2)การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3)การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2.ขั้นปฏิบัติการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3.ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4.ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับ โกวิท คงหนู[8] ได้ทำการศึกษา การป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบ้านปากด่าน ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า การป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บ้านปากด่าน ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา มีค่าเฉลี่ยระดับมาก (X-4.21) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านการส่งเสริมป้องกัน มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด (X =4.51) รองลงมา ด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา (X -4.37 ด้านการติดตามดูแลช่วยเหลือ (X =4.37)ด้านการคัดกรอง (X =3.94) ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับน้อยที่สุด (x-3.81)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ:

1. ควรขยายการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาผู้ติดสารเสพติด

2. ควรมีการจัดอบรมบุคลากรให้สามารถดำเนินการบำบัดตามรูปแบบที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ศูนย์พักคอยควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการใช้รูปแบบการบำบัดนี้ เพื่อประเมินผลการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัด เช่น ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม

3. ควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2560. นนทบุรี: ผู้แต่ง; 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รวมกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560) และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2569). บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565.
4. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 10 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/268174
5. ราศรี อาษาจิตร. กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 12 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/260162
6. ปรัชญานี คำเหลือ. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 15 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/2044/1463
7. สุณี อาวรณ์. การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 10 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/253625/170983
8. โกวิท คงหนู. การป้องกันปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบ้านปากด่าน ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 10 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/270382/179221
9. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 10 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/250626/169953
10. ศรีไชย โพธิ์ศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 23]; [ประมาณ 10 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/251441/170799