วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 1
ชนาธิป สันติวงศ์ ,ฐานิดา สมขันตี ,สุมาลา สว่างจิต ,วิราพร สืบสุนทร

ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ ของผู้ดูแลในเขตตำบลอิสาณ จังหวัดบุรีรัมย์ 11
สาวรจ ปลั่งกลาง ปิยลักษณ์ ขันติยวิชัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต 20
ชุมศรี ต้นเกตุ ,อรพิน นวพงศกร ,ปัณณทัต บนขุนทด ,ณรงค์กร ชัยวงศ์

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น 28
ตวิษา อนุภัย ,นิภา สุทธิพันธ์ ,เกษม ชูสอน ,กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 36
พวงเพชร มงคลสินธุ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 44
ถนิมกาญจน์ ญาณธรรม

โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 51
ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ ,ชนาธิป สันติวงศ์ ,เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ ,ปภาวรินทร์ มีชนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา: กรณีศึกษา 60
วิจิตรา สุวรรณพันธ์

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 69
เพียรมะสอน หมื่นห่อ

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 79
กรณ์ภัสสรณ์ ศักดิ์โสภา ,เบญจรัตน์ จันสน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ 88
รุ่งฤดี ปลัดกอง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน 99
สำเนา นิลบรรพ์ ,สุดารัตน์ อรัญญา ,นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ,สุวพร แหลมภู่

การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิด LEAN 112
นิดชรากรณ์ ชัยจันทร์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม 122
สุดาพันธ์ อ้วนโสดา

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร 130
อุษนีย์ รามฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท 138
อุทุมพร สุมากรณ์ ,มยุรี บุญทัด

การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร 148
ปรุฉัตร วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม ,นงลักษณ์ เล็กรุ่งเรืองกิจ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพนำร่อง : ประเด็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อ 158
อนันต์ กนกศิลป์ ,บุญชัย กิจสนาโยธิน ,กนกวรรณ มาป้อง ,รุ่งนิภา อมาตยคง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 174
เกษร แถวโนนงิ้ว ,สุพัตรา วัฒนเสน ,ณดาญาภา ปุสธรรม ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 182
วันชาติ บุณยประสาท ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร 189
ทรงกลด วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษา 2 ราย 199
อมรรัตน์ จินารักษ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง 207
เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ ,อัญชุกร เจริญศิริ ,กัลยา มั่นล้วน ,พันธิพา จารนัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 216
รัตนา ดีปัญญา ,จรุณรักษ์ ยี่ภู่ ,ไพวัล อาจหาญ ,ลักขณา กลางคาร ,กาญจนา ภูยาธร ,สุกัญญา เวียงอินทร์

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น 227
อัจฉรา ยาวะสิทธิ์ ,รพิพรรณ เสนาราช ,มุก อิงคประเสริฐ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 236
ชัย บุญร่วม

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) 249
ธวัชชัย ยุบลเขต วิทยา พลนาคู

การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 259
อัญชลี วิจิตรปัญญา ,สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์ ,อดิศักดิ์ ชัยศิริ ,เพ็ญสุดา ไชยเมือง

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 269
อุกฤษฎ์ บุษบงค์ ,สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ ,กาญจนา นิ่มสุนทร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี 281
บุญถือ พุ่มจันทร์

ผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจต่อความเจ็บปวด แรงกดและปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับของผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ 291
สมานลักษ์ วิรุณพันธ์

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 298
แสงอาทิตย์ วิชัยยา ,เขมิกา สิริโรจน์พร

การพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 312
นุชสิญาภัส ฟูลเน็คกี้

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี 321
เนาวนิตย์ พลพินิจ ,สมไสว อินทะชุบ ,วรัญรดา เชื้อตายา ,ณัฐชยา สิมมะลี

ผลการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 333
มะลัย วรรณอำไพ ,วิภาวี เหล่าจตุรพิศ ,วรรณภา สุระพร ,สุภาพร ชื่นอภัย ,ปิยะธิดา ป้องหาญชัย

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การศึกษารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 341
บัณฑิต ดวงดี ,จินตนา พัฒนพงศ์ธร

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 352
สินีนาฏ ลือชูวงศ์ ,พรรณภัค เป็งมี ,ธัญวรัตม์ ถนอมจิตร

ผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ 360
ชรินทร ผ่องกมลกุล ,ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา 2 ราย 370
ทองใบ สุขรี

การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี 378
รังสิมันตุ์ ทองสวัสดิ์ ,บุญชัย อุดม

ความหลากหลายของพรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่นในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ 393
สุนทรี จีนธรรม ,จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท ,พรนภา เตียสุธิกุล ,พัชรี ประสังริโย ,รัชนีวรรณ จีนธรรม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 405
ณัฐวดี ศรีแสนยงค์

ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 414
พรรวินท์ ธนินธิติพงศ์ ,รวีพร อุดมก้านตง ,เรืองศรี ศรีสวนจิก

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง: กรณีศึกษา 2 ราย 425
นพน้อย พานิชชา

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดา และภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี 434
ณพัชญา สืบมา

ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์ 444
วรรณิภา ประกอบสิน ,กนกพร ชนะค้า ,ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา ในพื้นที่อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล 454
วรายุส วรรณวิไล ,สันติพงษ์ ทองหอม

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ... 461
ธิดารัตน์ ศรีตะบุตร

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล 471
วรายุส วรรณวิไล ณัฐสิทธิ์ สองเมือง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 481
กนกกาญจน์ อนันต์ศิริไพศาล

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 491
อภิชญา อารีเอื้อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลเขาวง 499
สุนทรา พลเจริญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 509
นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปราง ค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 516
สุริยนต์ หล้าคำ ,สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ ,ธวัชชัย เติมใจ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง 531
คมกฤษ วิเศษ

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 544
ปริศนา ท้าวฤทธิ์

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา ... 554
วรชัย ใจเย็น

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 563
ทรงศรี สาริบุตร ,อัญชะนา สงโพธิ์กลาง

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ 576
ดวงเดือน สิทธิพานิช

ผลการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี 584
ภัทรวดี สุวรรณรัตน์ , สิริพร นาโถ ,เรณู อินทร์ตา

ผลของการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่ง 594
ขนิษฐา ประดุจพรม ,ปรารถนา วันดี ,รำไพ หาญมนต์ ,พรพิมล อ่ำพิจิตร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่รักษาในโรงพยาบาลงาว 603
ปาริชาติ ปิยวรกุล

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง 611
พนิดา วิชา

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี 620
หทัยรัตน์ จีนเท่ห์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงใน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์:การวิจัยและพัฒนา 630
ชนิศา เสนคราม

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 638
สุมาลี ช่างกล

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี ... 647
รังสิมันตุ์ ทองสวัสดิ์ ,ลักษมีกานต์ สิริกาญจนชัยกุล

ปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 661
โกลัญญา ต่างวิวัฒน์ ,วรากร คำน้อย

ความชุก และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย 669
วศินันท์ พลพืชน์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี 675
กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง

ผลของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 681
เฉลิมวัฒน์ เสือลอย ,ยุทธนา นุ่นละออง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ... 692
พิทยา หล้าวงค์

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 700
ลลิดา วุฒิพลากร

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา 707
สังคม สุวรรณกูฏ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ... 716
ปริชาติ แสนชาติ

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 725
พรทิพย์ ภูสง่า

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน กรณีศึกษา 2 ราย 737
ชุติมา ไชยศิริ

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 746
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส ,ธัชธรรม์ มัฆนาโส

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 756
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 765
ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร ,จุฑานภ พุ้ยน้อย

การบูรณาการการใช้เสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 771
วาสนา ศาสตร์พงษ์

การพัฒนาสารควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็ว ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 780
ภูมิจิตร นิลสุวรรณวงษ์

รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม 793
เกษศิรินทร์ ไชยลาภ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ 805
ขนิษฐา คงทนศิวะกุล ,นิตยา บัวสาย , ชลิตดา ขันแก้ว

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปีพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี 816
ฮาลาวาตี สนิหวี ,อังคณา วังทอง

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร 825
อุดมพร สินธุโคตร ,อรอุมา แก้วเกิด ,ณทุดา อุปวรรณดี

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 832
อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล ,ประทีป อัจฉรานิวัฒน์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง 840
สุธน คุ้มเพชร

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ของจังหวัดระนอง 851
สุธน คุ้มเพชร

การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลอุดรธานี 859
รัชนี เจริญเพ็ง ,ศิวัชญา จิตตะยโศธร

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 870
สุทร สุขรอบ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี 891
ดวงแก้ว ไตรแดง ,ปิยะนุช จันทร์คูณ ,พนิตนาฏ รัศมีธรรมกุล

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร 900
ทรงกลด วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

อุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรกของโรงพยาบาลบางปะอิน 910
อริษา พรหมเอื้อ

สมุดปกขาว กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล 918
อนันต์ กนกศิลป์

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 932
สุจิตรา บัวขาว

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง 943
ธนิต บรรสพผล

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 951
วานิช สายยืน

ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน 961
พรลักษณ์ หาญพาณิชย์ ,วรากร คำน้อย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 969
จิตรกร วิเศษปัสสา

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 37 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไดรับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป การส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน การบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้นการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด บันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 1

สารบัญ

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 1
ชนาธิป สันติวงศ์ ,ฐานิดา สมขันตี ,สุมาลา สว่างจิต ,วิราพร สืบสุนทร

ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ ของผู้ดูแลในเขตตำบลอิสาณ จังหวัดบุรีรัมย์ 11
สาวรจ ปลั่งกลาง ปิยลักษณ์ ขันติยวิชัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต 20
ชุมศรี ต้นเกตุ ,อรพิน นวพงศกร ,ปัณณทัต บนขุนทด ,ณรงค์กร ชัยวงศ์

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น 28
ตวิษา อนุภัย ,นิภา สุทธิพันธ์ ,เกษม ชูสอน ,กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 36
พวงเพชร มงคลสินธุ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 44
ถนิมกาญจน์ ญาณธรรม

โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 51
ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ ,ชนาธิป สันติวงศ์ ,เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ ,ปภาวรินทร์ มีชนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา: กรณีศึกษา 60
วิจิตรา สุวรรณพันธ์

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 69
เพียรมะสอน หมื่นห่อ

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 79
กรณ์ภัสสรณ์ ศักดิ์โสภา ,เบญจรัตน์ จันสน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ 88
รุ่งฤดี ปลัดกอง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน 99
สำเนา นิลบรรพ์ ,สุดารัตน์ อรัญญา ,นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ,สุวพร แหลมภู่

การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิด LEAN 112
นิดชรากรณ์ ชัยจันทร์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม 122
สุดาพันธ์ อ้วนโสดา

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร 130
อุษนีย์ รามฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท 138
อุทุมพร สุมากรณ์ ,มยุรี บุญทัด

การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร 148
ปรุฉัตร วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม ,นงลักษณ์ เล็กรุ่งเรืองกิจ

โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพนำร่อง : ประเด็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อ 158
อนันต์ กนกศิลป์ ,บุญชัย กิจสนาโยธิน ,กนกวรรณ มาป้อง ,รุ่งนิภา อมาตยคง

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 174
เกษร แถวโนนงิ้ว ,สุพัตรา วัฒนเสน ,ณดาญาภา ปุสธรรม ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 182
วันชาติ บุณยประสาท ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร 189
ทรงกลด วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษา 2 ราย 199
อมรรัตน์ จินารักษ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง 207
เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ ,อัญชุกร เจริญศิริ ,กัลยา มั่นล้วน ,พันธิพา จารนัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 216
รัตนา ดีปัญญา ,จรุณรักษ์ ยี่ภู่ ,ไพวัล อาจหาญ ,ลักขณา กลางคาร ,กาญจนา ภูยาธร }สุกัญญา เวียงอินทร์

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น 227
อัจฉรา ยาวะสิทธิ์ ,รพิพรรณ เสนาราช ,มุก อิงคประเสริฐ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 37 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป การส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน การบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้นการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด บันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Application of Programs to Enhance Health Literacy and Self-efficacy for Prevention Smoking among of secondary school students in Bang Yang Subdistrict, Mueang district, Buri Ram Province

(Received: December 31,2024 ; Revised: January 23,2025 ; Accepted: January 24,2025)

ชนาธิป สันติวงศ์[1] ฐานิดา สมขันตี[2] สุมาลา สว่างจิต[3] วิราพร สืบสุนทร[4]
Chanathib suntiwong[1] Tanida somkhantee[2] Sumala Sawangjit[3] Wiraporn Suebsoontorn[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง วัดก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษบุหรี่ การรับรู้ตนเองต่อการป้องกันสูบบุหรี่ และเจคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีค่าเฉลี่ย เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ แตกต่างกันกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่, การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

Abstract

This research was a quasi-experimental study, measuring before and after the experiment. The objective was to study the results of a smoking prevention program for secondary school students. Programs to enhance health literacy and self-efficacy for prevention smoking among of secondary school students in Bang Yang subdistrict, Mueang district, Buri Ram province. Knowledge about the dangers and toxic effects of cigarettes self-perception of smoking prevention and good attitude towards not smoking. Divided into an experimental group and a control group, 30 people per group. Data analysis compared the mean scores between the experimental and control groups using independent t-test statistics. The research results found that after the experiment, secondary school students had an average attitude towards smoking. Expectations for the outcomes of not smoking self-efficacy in smoking prevention and intention not to smoke different from before the experiment with statistical significance at the 0.05 level.

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และเยาวชน ผู้ใช้สารเสพติดมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 16 - 25 ปี คิดเป็นจำนวน 600,000 - 1,000,000 คนจากการศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 ปัญหาที่พบมาก 3 อันดับแรก

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding Author, Tanida Somkhantee E-mail address: Tanidasomkhantee@hotmail.com
[3] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
[4] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ตามลำดับ โดยเริ่มสูบบุหรี่ และดื่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 19 ปี เยาวชนในชนบทมีแนวโน้มเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าเขตเมืองเล็กน้อย สาเหตุของการสูบบุหรี่ และดื่มสุราเนื่องจากความสนุก ทำตามกลุ่มเพื่อน ความเหงา และความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ส่วนสารเสพติดผิดกฎหมายพบว่า เด็กและเยาวชนเริ่มใช้ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 25 ปี ประเภทของสารเสพติดที่มีสัดส่วนการใช้สูงที่สุดในช่วงปี 2556 - 2560 ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 39.8) รองลงมา ได้แก่ กัญชา (ร้อยละ 22.5) และ กาว/ทินเนอร์ (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ[1]

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สืบเนื่องกันมาเป็นเวลานาน ตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่ายังคงเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต เพราะปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน และมีการผลิต ยาเสพติดชนิดใหม่ที่มีความร้ายแรงเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ผลจากปัญหาดังกล่าว นอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนอันเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายในด้านกำลังคน ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ปัญหาความเสื่อมโทรมทางสังคม และศีลธรรม อันเป็นผลมาจากการแสวงหายาเสพติดเพื่อบริโภค[2] อาชญากรรมที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้รัฐต้องเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อดำเนินการควบคุมปราบปรามตลอดจนป้องกัน และบำบัดผู้ติดยาเสพติด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้า และความมั่นคงของประเทศชาติอย่างยิ่ง ทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาการเมืองระหว่างประเทศอีกด้วย ปัญหายาเสพติดจึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง มีการแพร่ระบาดจากกรรมกรผู้ใช้แรงงานไปยังกลุ่มนักเรียนมากขึ้น รวมทั้งโรงเรียนมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างรุนแรง สาเหตุที่สำคัญในการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนของชาติได้อย่างรวดเร็วนั้นคือจากการถูกชักชวนโดยเพื่อน[3]

บุหรี่เป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์ทั้งต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่คือการก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดและโรคหัวใจโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคฟันและเหงือก ผลต่อการตั้งครรภ์ รวมทั้งผลต่อระบบสืบพันธุ์ โดยผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ คือ โรคกระดูกพรุน ซึ่งจะรุนแรงมากขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ และบุหรี่ยังเป็นสินค้าชนิดเดียวที่ถูกกฎหมายแต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งผู้สูบบุหรี่และ ผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันจากบุหรี่เรียกว่าการสูบบุหรี่มือสอง คือการหายใจสูดควันบุหรี่เข้าไปได้รับอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพราะการสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติดประเภทนิโคตินเร็วที่สุดคือภายใน 7 วินาทีเท่านั้นซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้น การสูบบุหรี่ 1 ซองจะทำให้ชีวิตของผู้สูบบุหรี่สั้นลงประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือสูบบุรี่ 1 มวนทำให้ชีวิตสั้นลงไป 7 นาที[4]

บุคคลที่ชักชวนให้เด็ก และเยาวชนลองใช้ยาเสพติดในครั้งแรกคือ เพื่อน รองลงมาคือ ความอยากรู้อยากลองมีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดเอง โดยมีแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ การเลียนแบบเพื่อนผู้ใกล้ชิด กรณีรองลงมาคือ การถูกเพื่อนผู้ใกล้ชิดบังคับรบเร้าให้ลองเสพ ในระหว่างที่นักเรียนกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษานั้น เพื่อนจึงมักมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของนักเรียนมาก ซึ่งนักเรียนจะมีเพื่อนจำนวนมาก โดยมาจากพื้นฐานครอบครัวที่แตกต่างกันไป อีกทั้งมีความสนใจ และทัศนคติแตกต่างกันด้วย ตัวนักเรียนเองก็มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และเริ่มต้นในการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การปรับให้เข้ากับผู้อื่นได้ เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเป็น

ผู้ใหญ่ในอนาคต ในสภาวะนี้เอง จึงเป็นจุดเปลี่ยนโดยง่ายที่จะถูกชักนำไปสู่การเสพยาเสพติดของนักเรียน ซึ่งอาจมีปัจจัยเอื้อบางประการจากความบกพร่องในครอบครัว[5] เช่น นักเรียนขาดความรักความอบอุ่น ไม่มีผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะที่ดี เป็นต้น ทำให้เกิดความสับสนขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ขาดแนวทางการประพฤติตนให้เหมาะสม การแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นหรือนักเรียนมัธยมศึกษาจึงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

แนวคิดโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ จากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ในด้านสุขภาพ และพฤติกรรม เพื่อช่วยเสริมสร้างความตระหนักความรู้ และทักษะในการหลีกเลี่ยงการเริ่มต้นสูบบุหรี่ รวมถึงการสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ แนวคิดที่เกี่ยวข้องมี ดังนี้[3] 1) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีนี้เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและแบบอย่าง เช่น การสร้างแรงบันดาลใจได้แก่ ใช้บุคคลตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ (เช่น นักกีฬา หรือคนดังที่มีอิทธิพล) การเพิ่มพูนทักษะการปฏิเสธ ได้แก่ ฝึกผู้เข้าร่วมให้มีความมั่นใจในการปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อถูกชักชวน และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมได้แก่ สร้างสภาพแวดล้อมที่ลดการเผชิญกับควันบุหรี่หรือแรงกดดันจากสังคม 2) ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Motivational Interviewing) ช่วยผู้เข้าร่วมประเมินข้อดี และข้อเสียของการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ใช้การสนทนาแบบกระตุ้นให้เกิดความคิดเชิงบวกในการป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่ 3) การพัฒนาทักษะชีวิต (Life Skills Training Program) ได้แก่ การสื่อสารเช่น ฝึกการพูด และการแสดงออกเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การจัดการกับแรงกดดันเช่น สอนวิธีรับมือกับความเครียด และแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และการตัดสินใจเช่น สร้างทักษะในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ 4) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ สนับสนุนการสร้างโรงเรียน ชุมชน หรือสถานที่ทำงานที่ปลอดบุหรี่ รณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในสังคมเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ 5) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และสื่อดิจิทัล ใช้แอปพลิเคชันหรือสื่อออนไลน์ในการให้ข้อมูล และติดตามความก้าวหน้า ผลิตวิดีโอหรือเกมเพื่อสอนผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในรูปแบบที่น่าสนใจ และ 6) การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน ให้ความรู้แก่ครอบครัว และชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ สร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชนเพื่อช่วยกันลดปัจจัยเสี่ยง[3]

ข้อมูลสถิติด้านการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่าเด็ก และเยาวชนเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 12 - 17 ปี ประเภทของสารเสพติดที่ใช้มาก ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา และสารระเหย (กาวและทินเนอร์) ตามลำดับ จังหวัดบุรีรัมย์ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดโดยมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ควบคุมพื้นที่สาธารณะที่เป็นแหล่งมั่วสุม ลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการจัดระเบียบสังคม และออกปฏิบัติการเร่งรัดเพื่อค้นหาผู้เสพสารเสพติด ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพื่อนำมาเทียบเคียงใช้แต่พบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การรณรงค์สร้างกระแสสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือส่งต่อ ปรับทัศนคติสร้างความตระหนักค่านิยมเรื่องสารเสพติดที่เหมาะสม และเพื่อให้การดำเนินการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และมีประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาในระยะยาวให้ได้ผล และทันเหตุการณ์มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษบุหรี่ การรับรู้ตนเองต่อการป้องกันสูบบุหรี่ และเจคติที่ดีต่อการไม่ สูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษบุหรี่ การรับรู้ตนเองต่อการป้องกันสูบบุหรี่ และเจคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest -Posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 โรงเรียนบ้านตะโก ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 67 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 โรงเรียนบ้านตะโก ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย โดยไม่ระบุชื่อสกุล รวมทั้งแยกแบบสอบถามเป็นส่วนตัว (Private situation) ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน และหลังการทดลอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ข้อเป็นคำถามเลือกคำตอบ และเติมข้อมูลลงในช่องว่าง ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ ประวัติการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของบุหรี่ ควันบุหรี่มือสอง บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ และบารากู่ไฟฟ้า มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับเยาวชน และสถานศึกษา เป็นต้น มีจำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ เป็น 0 และ 1 คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน จัดระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom[6] ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

15 - 18 คะแนน (2 ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม) สูง

11 - 14 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนรวม) ปานกลาง

0 - 10 คะแนน (< ร้อยละ 60 ของคะแนนรวม) ต่ำ

ส่วนที่ 3 เจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและความคิดเห็น ต่ออันตราย โทษและพิษภัยของบุหรี่ค่านิยมของการสูบบุหรี่การยอมรับต่อการสูบบุหรี่จากบุคคลใกล้ชิดและการเข้าถึงต่อการสื่อสารทางการตลาดของธุรกิจยาสูบจากสื่อสังคมออนไลน์มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 14 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับเจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับเจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่

72 - 90 คะแนน (2 ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม) มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ระดับต่ำ

54 - 71 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนรวม) มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุรี่ระดับปานกลาง

18 - 53 คะแนน (< ร้อยละ 60 ของคะแนนรวม) มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการ ไม่สูบบุรี่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความ เชื่อมั่นในการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการถูกชักชวนให้สูบบุรี่จากเพื่อนและจากช่องทางจากสื่อ สังคมออนไลน์ มีจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ เป็น 3 ระดับ ดังนั้น

ช่วงคะแนน ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง

60 - 75 (ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม) มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง

45 - 59 (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนรวม) มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง

15 - 44 (<ร้อยละ 60 ของคะแนนรวม) มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุรี่ มีจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุรี่ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์

60 - 75 (ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับสูง

45 - 59 (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนรวม) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับปานกลาง

15 - 44 (<ร้อยละ 60 ของคะแนนรวม) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ เป็นการวัดความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ โดยมีข้อคำถามที่มีตัวเลือกตอบ คือ ดังนี้ 1) กลุ่มตั้งใจจะไม่สูบ มีข้อคำตอบดังนี้ คือ จะไม่สูบตลอดไป และ 2) กลุ่มตั้งใจที่จะสูบในอนาคตและไม่แน่ใจ มีข้อคำถามดังนี้ ไม่แน่ใจ/ยังตัดสินใจไม่ได้ ตั้งใจจะสูบในปีนี้ตั้งใจจะสูบในเร็วๆ นี้ตั้งใจจะสูบใน 1 เดือนข้างหน้า ตั้งใจจะสูบใน 3 เดือนข้างหน้า ตั้งใจจะสูบใน 6 เดือนข้างหน้า และตั้งใจจะสูบบุหรี่

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านทักษะชีวิต จำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach’s alpha coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-108 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 61.67 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 38.33 จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง มีเพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 และกลุ่มควบคุมมีเพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน มีอายุระหว่าง 12-13 ปี จำนวน 37 คิดเป็นร้อยละ 61.67 อายุระหว่าง 14-15 ปี จำนวน 23 คิดเป็นร้อยละ 38.33 ด้านประสบการณ์การสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อย 56.67 และเคยสูบบุหรี่ จำนวน 26 คิดเป็นร้อยละ 43.33 โดยกลุ่มทดลอง เคยสูบบุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุม เคยสูบ จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ไม่เคยสูบ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

2. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.39$, $p = .08$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ($X = 4.2$, $SD = 0.4$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($X = 4.1$, $SD = 0.4$) เมื่อนำค่าคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยการทดสอบ Independent t-test พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .06$) (ไม่แตกต่างกัน) คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ($X = 4.0$, $SD = 0.4$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($X = 0.9$, $SD = 0.3$) เมื่อนำค่าคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยการทดสอบ Independent t-test พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .89$) (ไม่แตกต่างกัน)

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง (X = 1.4, SD = 0.4) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (X = 1.3, SD = 0.4) เมื่อนำค่าคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยการทดสอบ Independent t-test พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .74) (ไม่แตกต่างกัน)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง (X = 1.6, SD = 0.2) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (X = 1.4, SD = 0.4) เมื่อนำค่าคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยการทดสอบIndependent t-test พบว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .90) (ไม่แตกต่างกัน)

คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง (X = 4.0, SD = 0.3) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (X = 3.8, SD = 0.3) เมื่อนำค่าคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วยการทดสอบ Independent t-test พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .26) (ไม่แตกต่างกัน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		ค่าสถิติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	t	p-value
ความรู้ที่เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่	4.2	0.4	4.1	0.4	1.91	.06
เจตคติต่อการสูบบุหรี่	4.0	0.4	3.9	0.3	0.14	.89
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่	1.4	0.4	1.3	0.4	0.33	.74
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่	1.6	0.2	1.4	0.4	0.13	.90
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่	4.0	0.3	3.8	0.3	1.12	.26

p < .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ความรู้ที่เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่ สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่แตกต่างกัน) แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวไม่ได้มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในเชิงสถิติ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นจากโปรแกรมแทรกแซง แต่ผลกระทบยังไม่เด่นชัดพอที่จะสร้างความแตกต่างที่สำคัญนัยสำคัญทางสถิติที่ไม่พบ ค่าความแตกต่างเล็กน้อยที่พบ อาจไม่เพียงพอที่จะยืนยันถึงผลกระทบของโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากค่า p-value ใกล้ .05 แต่ยังเกินเกณฑ์ที่กำหนด ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการไม่พบความแตกต่าง ได้แก่ ขนาดตัวอย่าง (Sample Size): อาจมีจำนวนผู้เข้าร่วมไม่มากพอที่จะตรวจจับความแตกต่างเล็กน้อย ความคล้ายคลึงกันในพื้นฐานความรู้: ทั้งสองกลุ่มอาจมีความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกันตั้งแต่เริ่มต้น และแม้ผลการวิเคราะห์

ทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่เล็กน้อยอาจยังมีความสำคัญในเชิงปฏิบัติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการเพิ่มความรู้ อาจต้องพัฒนาเนื้อหาและวิธีการเพื่อให้มีผลกระทบที่ชัดเจนมากขึ้นจากผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มทดลองได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ตามกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองของบุคคล และอาจเพราะทางโรงเรียนมีการสอนเรื่องการป้องกันการเสพยาเสพติด และการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ และนักเรียนมีช่องทางการเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้ผ่านสื่อต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ สมเด็จ ภิมายกุล และกนกวรรณ คชสีห์[7] พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่พบว่า หลังการจัดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อน และหลังการจัดโปรแกรม โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และทฤษฎีการใช้สารเสพติดจากการบำบัดสถาบันธัญญารักษ์[8] ถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องการติดสารเสพติด และพิษโทษภัยจะทำให้ตระหนัก และเป็นสิ่งที่สำคัญในการควบคุมตนเอง เยาวชนจะหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด[9] ทั้งนี้ในระหว่างการทดลองตามแผนการจัดกิจกรรมในด้านทักษะการตัดสินใจเรื่อง “รู้คิดผิดได้ยาก” ซึ่งเป็นการสอนที่ต้องเน้นความตั้งใจสูงในการฟังทำความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติจริง โดยมีข้อจำกัดในด้านการตรงต่อเวลาของนักเรียน การเสนอมุมมองในการอภิปรายกลุ่มย่อยนักเรียนบางกลุ่มใช้เวลามาก ประกอบกับนักเรียนมีความเคยชินกับการเรียนแบบฟังบรรยาย การมีส่วนร่วมระหว่างการเรียนจึงไม่สมบูรณ์เต็มศักยภาพ ระหว่างการแบ่งกลุ่มย่อยนักเรียน บางคนจึงถือเป็นเวลาพักผ่อนคลาย พูดคุยนอกประเด็นหรือเล่นกัน ส่งผลให้การพัฒนาทักษะชีวิตด้านทักษะการตัดสินใจของกลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นไม่มากนัก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิพัฒน์พล พินิจดี และจุฬาภรณ์ โสตะ[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่านักเรียนในกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมตามแผนการสอนในเรื่อง “รู้ไว้ ไม่เกิดทุกข์” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดอยู่ในองค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติเพื่อให้นักเรียนตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการการสูบบุหรี่ที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และสังคมหรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นกิจกรรมที่ต้องการให้นักเรียนเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่[11] อีกประการหนึ่งก็คือ นักเรียนทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีทักษะชีวิตด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดในระดับสูงอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งอาจเพิ่มขึ้นได้อีกไม่มากนักด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ทั้งในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน

การที่นักเรียนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นนั้น เป็นการเรียนรู้ที่เป็นแบบสองทาง (Active Learning) กล่าวคือ ผู้สอน และผู้เรียนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือพูดคุยกันเกี่ยวกับเนื้อหาดังกล่าว ซึ่งทำให้ได้เรียนรู้เนื้อหานั้นหลายมิติ มีการนำเนื้อหามากด้วยเหตุ และผลโดยผู้สอนมีการนำเสนอให้ความรู้ในเชิงวิชาการผ่านสื่อการสอนที่

ทันสมัยสอดคล้องกับเนื้อหา ใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าคำถามปลายปิด จำลองสถานการณ์ให้ ไปสืบค้นความรู้ด้วยตนเองเพื่อที่จะนำเอาความรู้นั้นไปผ่านกระบวนการคิด และเข้าใจ ก่อนจะนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สามารถใช้ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เข้ามาเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนับสนุนด้านองค์ความรู้ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกทัศนคติ เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura[12] ที่ให้ความสำคัญพัฒนาตนเองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (Mastery Experience) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ เพื่อหลีกเลี่ยงพิษภัยของบุหรี่ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ รวมทั้งการรับรู้ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่จนเกิดความตระหนัก ฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์เชิงลบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต ด้านรูปแบบประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และ การกระตุ้นทางอารมณ์ มีจัดกิจกรรมโดยคำนึงถึงการปรับความคาดหวัง ความเชื่อจากการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิทเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ดังนั้น กิจกรรมต่างๆ ที่จะรณรงค์ต่อต้านบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนควรที่จะใช้แรงจูงใจจากเพื่อน โดยส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนในเชิงสร้างสรรค์ให้มากขึ้น

2. สถานศึกษาควรมุ่งให้ความรู้ และคำแนะนำถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพเด็กวัยนี้ เพราะสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เพราะอยากรู้อยากลอง และจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ อายุ 13 ปี ดังนั้นในการให้ความรู้ในห้องเรียน ควรมีการให้ความรู้ตั้งแต่ในระดับประถมศึกษา เพื่อการป้องกันการเกิดปัญหาติดบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เช่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อยืนยันคงที่ของพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่

2. ผู้ศึกษาวิจัยควรนำแนวคิดทฤษฎีอื่นๆ ควบคู่กับความร่วมมือกับการบังคับใช้กฎหมายเรื่องพระราชบัญญัติการควบคุมยาสูบมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เพื่อเป็นการควบคุมนักสูบหน้าใหม่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จุลจีรา จันทะมุงคุณ, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์ และณัฐิกา ราชบุตร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(4):304-16.

2. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ และสายสมร เฉลยกิตติ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน, เวชสารแพทย์ทหารบก2562; 72(1):33-42.
3. วสันต์ ศรีแก้วนิตย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพกัญชาของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์: กรณีศึกษา สถานควบคุมตัว และสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ เรือนจำกลางคลองเปรม. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม สถาบันอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม วิทยาลัยรัฐกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต, 2560.
4. บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิติอัมพร และสุธินี อัตถากร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2560.
5. เปรมฤดี หงษ์สุทธิ, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดสารเสพติดของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาส, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2560; 33(3):112-23.
6. Bloom, Benjamin S.,et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1971.
7. สมเด็จ ภิมายกุล และ กนกวรรณ คชสีห์. ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566;16(3):30-43.
8. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลศรีธัญญา.นนทบุรี, 2561.
9. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ และสายสมร เฉลยกิตติ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน, เวชสารแพทย์ทหารบก2562; 72(1):33-42.
10. พิพัฒน์พล พินิจดี และจุฬาภรณ์ โสตะ. (2558). โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2558; 22(2):11-20.
11.อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และรัชยา รัตนะถาวร. การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและแนวทางสร้างการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(1):7-13.
12. Bandura, A. Self-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977;84(2):191-215.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ดูแลในเขตตำบลอิสาณ จังหวัดบุรีรัมย์

Effects of a training program for caregivers of dependent elderly people in the community on knowledge attitude and satisfaction of administrators in I-san Subdistrict Buri Ram Province

(Received: January 2,2025 ; Revised: January 22,2025 ; Accepted: January 24,2025)

สาวรจ ปลั่งกลาง[1] ปิยลักษณ์ ขันติยวิชัย[2]
Sawaroj Plangklang[1] Piyaluck Khantiyawichai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ดูแลในเขตตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 48 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired Samples Statistics ผลการวิจัยพบว่า ก่อนอบรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 81.25 และหลังอบรมมีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 85.4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุในโครงการด้านอาจารย์ผู้สอน/วิทยากรระดับมาก ด้านการใช้เอกสารประกอบการอบรมระดับมาก และด้านความเหมาะสมของเนื้อหาสาระระดับมากที่สุด และความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน และหลังการอบรมระดับเพิ่มมากขึ้น
คำสำคัญ: โปรแกรมการอบรม, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ความรู้และทัศนคติ

Abstract

This research is a quasi-experimental type. Single-group, repeated-measures study. The objective was to study the effects of a training program for caregivers of dependent elderly people in the community on knowledge. Attitudes and satisfaction of caregivers in I-san Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province. Sample groups include: 48 caregivers of dependent elderly people. Data analysis comparing the average scores between before and after the training using paired samples statistics. The results of the research found that before the training, there were 81.25 % of people who answered the questions correctly and after the training, the number of correct answers increased to 85.4 %. Caregiver satisfaction with caring for the elderly in the project High level teachers/lecturers regarding the use of training documents at a high level and the appropriateness of the content at the highest level, and knowledge of caring for the elderly who are dependent first and after training the level increased suggestions for using research results.
Keyword: Training program, Elderly caregivers, Knowledge and Attitude

บทนำ

ประชากรโลกได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 7,713 ล้าน ทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกคือ 586 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งทวีป ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเอเชีย มีผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มากถึง 70 ล้านคน ประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกได้แก่ จีน ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 241 ล้านคนและมีผู้สูงอายุวัยปลายมากที่สุดเช่นเดียวกันคือ มีมากถึง 26 ล้านคน ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดใน

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding Author, Piyaluck Khantiyawichai E-mail address: piyaluckch22@gmail.com

โลกคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34 จากประชากรทั้งหมด 127 ล้านคน ญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุวัยปลายมากถึง 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในทวีปยุโรป 189 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุทั้งโลก แอฟริกาเพียงทวีปเดียว ที่ยังไม่เป็นสังคมสูงอายุคือ ยังมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ถึงร้อยละ 10 แอฟริกามีประชากรสูงอายุ 71 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมดในทวีปนี้ แอฟริกายังเป็นสังคมเยาว์วัยที่มีสัดส่วนประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) สูงถึง ร้อยละ 41 สหประชาชาติได้คาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 2040 ประชากรโลกจะมีจำนวน 9,200 ล้านคน และจะมีประชากรสูงอายุเป็นจำนวน 1,738 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรโลกทั้งหมด หรือกล่าวได้ว่า อีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ[1]

กระทรวงมหาดไทยรายงานว่าในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 26,711 คน เป็นชาย 12,705 คน และเป็นหญิง 14,006 คน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2583 ภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราผู้สูงอายุหรืออัตราส่วนร้อยของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดสูงสุดคือ ร้อยละ 22 รองลงมา เป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 20 ภาคกลาง และภาคใต้ มีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุดคือประมาณร้อยละ 15 ในขณะเดียวกัน อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มที่จะยืนยาวขึ้น การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในรอบกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุกลายเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ท้าทายของสังคมไทย[1] ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 86.41 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 11.11 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 2.46 ดังนั้น การมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่างๆ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่รวดเร็ว ทั้งนี้ในพื้นที่ยังมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 13.36 โดยในกลุ่มนี้มีปัญหาการอาศัยเพียงลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการขาดผู้ดูแลที่มีทักษะ และความสามารถในการดูแลที่เหมาะสม[2]

จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพ และบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วยเช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต โดยที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีเพียงการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เช่น ผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ในการดูแล กิจกรรมการดูแล ระยะเวลาการดูแล ความต่อเนื่องในการดูแล และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่

สังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น[3]

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคคลมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแล โดยเฉพาะการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน สุขอนามัย ความสะอาด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การรับประทานอาหารที่ ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ และทักษะความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จึงได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความสามารถและศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Caregiver) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2558 มีพื้นที่ 2 ตำบลนำร่อง ต่อมาในปีงบประมาณ 2559 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 51 แห่ง ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบปัญหา และอุปสรรค เช่น ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจในต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ หาคนที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมารับการอบรม CG ค่อนข้างยาก หรือปัญหาการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ไม่ได้ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดความไม่เข้าใจผู้รับผิดชอบงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่เข้าใจระบบ ขาดการประสานงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมิน ตกหล่นจากบัญชี เป็นต้น ทำให้พื้นที่อื่นเกิดความลังเล ไม่สนใจเข้าร่วมกองทุน LTC[4]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ดูแลในเขตตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-post test) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์การทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 55 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 48 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างการควบคุมความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % และระดับความเชื่อมั่น 95 % การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[5] ได้แก่ 1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา 3) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1) ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบคำตอบ ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คะแนน 90-100 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดีเยี่ยม

คะแนน 80-89 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดีมาก

คะแนน 70-79 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนน 60-69 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับพอใช้

คะแนน <59 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปรับปรุง

วัดความรู้ก่อนการอบรมและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ Paired Samples Test ค่า r=1 หมายถึงมีระดับมากสุด

2) แบบวัดทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบวัดทัศนคติแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale) คะแนนความคิดเห็น จำนวน 10 ข้อความหมายของค่าคะแนน มีดังนี้

คะแนน 4.50-5.00 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คะแนน 3.50-4.49 เห็นด้วย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

คะแนน 2.50-3.49 ไม่แน่ใจ หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านบางครั้ง

คะแนน 1.50-2.49 ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

คะแนน 0.50-1.49 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

3) แบบวัดความพึงพอใจในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบวัดความพึงพอใจ แบบมาตรประมาณค่า (Likert scale) คะแนนความคิดเห็น จำนวน 10 ข้อความหมายของค่าคะแนน มีดังนี้

คะแนน 4.50-5.00 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คะแนน 3.50-4.49 เห็นด้วย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

คะแนน 2.50-3.49 ไม่แน่ใจ หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกของท่านบางครั้ง

คะแนน 1.50-2.49 ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

คะแนน 0.50-1.49 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง คำตอบไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การหาค่าสหสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Pearson Correlation Coefficients

การตรวจสอบเครื่องมือ

หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การวิเคราะหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้ว

คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบทดสอบความรู้คำตอบแบบถูก-ผิด หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20) เท่ากับ .87 แบบสอบถามความคิดเห็นทัศนคติเท่ากับ .66 และแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ .92

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistic) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสหสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson Correlation coefficients

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-080 รหัสโครงการ 99/2024 รับรองวันที่ 16 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.58 และเพศชายร้อยละ 10.42 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 47.92 รองลงมา อายุ 60-69 ปีร้อยละ 33.33 อายุ 70-79 ปีร้อยละ 10.42 และอายุ 40-49 ปีร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ร้อยละ 69.40 รองลงมา สถานภาพหม้ายร้อยละ 22.4 หย่าร้อยละ 4.1 และโสดร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 58.33 รองลงมา มัธยมศึกษาร้อยละ 31.25 ไม่ได้เรียนร้อยละ 8.34 และปริญญาตรีร้อยละ 2.08 ตามลำดับ ส่วนใหญ่การประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 41.67 รองลงมา อาชีพแม่บ้านรับจ้าง และไม่ได้ทำงานร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน 0-5,000 บาทร้อยละ 58.33 รองลงมา 5,001-10,000 บาทร้อยละ29.17 และมากกว่า 10,000 บาทร้อยละ 12.50 ตามลำดับ ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงร้อยละ 66.67 และรายได้พอเพียงร้อยละ 33.33 การได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงร้อยละ 87.50 และไม่เคยผ่านการอบรมร้อยละ 12.50 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุมากสุด 1-3 ปีร้อยละ 43.75 รองลงมา ระยะเวลา 4-6 ปีร้อยละ 35.42 ระยะเวลา 7-9 ปีร้อยละ 18.73 และ 10ปีขึ้นไปร้อยละ 2.1 ตามลำดับ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.25 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลน้อยถึงน้อยสุด 6-10 คนร้อยละ 14.58 และ 11-15 คนร้อยละ 4.17 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพื่อนบ้านร้อยละ 58.33 รองลงมาเป็นญาติร้อยละ 16.67และอื่นๆ หมายถึง ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 14.55 เป็นบุตรร้อยละ 6.25 และเป็นสามี และภรรยาร้อยละ 2.1ตามลำดับ

ร้อยละของคะแนนก่อน และหลังการอบรมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า ก่อนอบรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 81.25 และหลังอบรมมีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 85.4

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุในโครงการ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน พบว่า

ด้านอาจารย์ผู้สอน/วิทยากร ภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากได้แก่ ผู้สอนมีความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำ และรับฟังความคิดเห็น ผู้สอนมีความรู้ในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี เนื้อหาใน

โปรแกรมมีความเหมาะสมกับชั่วโมงการอบรม และผู้สอนมีความรอบรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาการ ตามลำดับ

ด้านการใช้เอกสารประกอบการอบรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สามารถสื่อสาร บอกต่อ และแบ่งปันความรู้ให้กับคนอื่นได้มากที่สุด รองลงมา ทำให้มีความมั่นใจการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้มาก สื่อประกอบการสอนมีความชัดเจนมาก และนำวิธีการใช้เทคนิคการสื่อสารคู่มือไปใช้กับคนอื่นได้ถูกต้องมาก ตามลำดับ

ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาสาระภาพรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนระหว่างเพื่อนทำให้มีความรู้มากที่สุด ได้รับความรู้และประสบการณ์ใหม่จากโครงการมากที่สุด สามารถนำสิ่งที่ได้รับจากโครงการนี้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมากที่สุด โครงการเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถมากที่สุด และสิ่งที่ได้รับจากโครงการครั้งนี้ตรงตามคาดหวังมาก ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยก่อนอบรม เท่ากับ 14.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 และหลังอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน และหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired Samples Statistics

ความรู้		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	p-value
Pair 1	ก่อนอบรม	14.416	48	1.877	.270	3.78	.001
	หลังอบรม	17.562	48	1.397	.201	5.01	.001

$p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยสามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผล ดังนี้

ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลตำบลอิสาณ จังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับของความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูงมาก อธิบายได้ว่า หลังการอบรม มีคะแนนสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =17.56, S.D=1.39, $p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขศิริ ประสมสุข และคณะ[6] พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom, B.S.[7] ได้ให้ความหมายว่าความรู้เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนเป็นตัวเชื่อมให้เกิดทัศนคติตามมา อีกทั้ง ทัศนคติเป็นองค์ประกอบที่ผลต่อการปฏิบัติแต่การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติออกมานั้นจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยหลักการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ 1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและเข้าใจผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ หน่วยบริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินแผนงาน โดยมีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใส่ใจ ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และที่บ้าน ซึ่งในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม หน่วยบริการมีภารกิจ 3 ด้านที่ต้องให้บริการได้แก่ ภารกิจการให้บริการสุขภาพ ภารกิจการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และครอบครัว และภารกิจ

ประสานบริการ โดยบริการด้านสุขภาพที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นไปตามหลักการ 4 H (Health Promotion, Home Visit, Home Health Care, Home Ward) ตามแนวคิดของ ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และเพชรา ชวนะพันธุ์[8] และงานวิจัยของ บุษยา วงษ์ชวลิตกุล และคณะ[9] พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีความรู้ ระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่บ้างแต่อาจจะไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และไม่ได้เน้นการดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรที่ได้รับถ่ายโอนมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ อาศัยตาม พ.ร.บ.กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ. 2542)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาพรวมโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขศิริ ประสมสุข และคณะ[10] พบว่าระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทน[11] พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ สุปราณี บุญมี[12] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และญาติผู้ดูแลมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุณาลักษณ์ สุรภักดิ์[13] พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิวพร ชุ่มเย็น[14] พบว่าระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าอาศัยในชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการปสดงออกทางพฤติกรรมที่ดี และการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติ และเพื่อนบ้านอาศัยในชุมชนเห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจ จึงรู้สึกเห็นใจอยากการช่วยเหลือ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลได้เป็นอย่างดี มีความสุขใจ ซึ่งเป็นแนวคิดการปฏิบัติงานของ Schermerhorn et al.[15] ได้กล่าวว่า บุคคลใดที่ได้ปฏิบัติงานได้ผลดีนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ ทัศนคติ ความต้องการ บุคลิกภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา ฟูชื่น[16] พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ นามพันธ์ และคณะ[17] พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญ

ความพึงพอใจในโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ในประเด็นความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนระหว่างเพื่อนทำให้มีความรู้มาก การได้รับความรู้ และประสบการณ์ใหม่จากโครงการ ผู้ดูแลสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากโครงการนี้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โครงการนี้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถ และความพึงพอใจที่มีคะแนนน้อยในเรื่อง การนำวิธีการใช้เทคนิคการสื่อสารคู่มือไปใช้กับคนอื่นได้อย่างถูกต้อง กล่าวได้ว่า การที่จะนำคู่มือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนอื่นๆ ต่อไปนั้น จะต้องปรับรูปแบบการเขียนขั้นตอนต่างๆ ให้กระชับ และสามารถอ่านแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามคู่มือได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเนื้อหาแสดงรูปภาพการทำแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน และเป็นตามลำดับขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนครบกระบวนการในแต่ละกิจกรรมนั้นๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้โปรแกรมพบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทัศนคติ

และความพึงพอใจในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ด้าน (p=1,p =.719, p=.935) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของวัยผู้สูงอายุ ทั้งด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวิทยา รวมทั้งความผิดปกติของผู้สูงอายุที่อาจพบในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งควรได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนัก ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งระดับทัศนคติของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สัมพันธ์กันกับความรู้ และความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม อธิบายได้ว่า ควรมีการปรับทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ปรับการเรียนการสอน ในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้นิสิตพยาบาลที่จะเตรียมตัวฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยปรับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของนิสิตพยาบาลในปีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะติดตามผลเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้ง 1. นครปฐม : บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด นครปฐม ; 2563.

2.ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์, และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(5):813–21.

3.ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2562. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562;2:49-62.

4.ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;16(1):140-55.

5.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2561. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้ง 1. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; กรุงเทพฯ ; 2561.

6.สุขศิริ ประสมสุข, ณฐกร นิลเนตร, และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). การศึกษาความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2563;7(1):1-12.

7.Bloom, B.S. Stability and Change in Human Characteristics. New York : John Wiley and Son, 1964.

8.ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์, และเพชรา ชวนะพันธุ์. ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. นนทบุรี: สระบุรี ศูนย์อนามัยที่ 2, 2559.

9.บุษยา วงษ์ชวลิตกุล, วิรัช สงวนวงศ์วาน, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, ธนกร ลิ้มศรัณย์, สิริวดี ไทยสมัคร และ คณิต เรืองขจร. ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลางและสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย 2559;5(2):74-92.

10.สุขศิริ ประสมสุข, ณฐกร นิลเนตร, เกรียงไกร เกิดหนู. การศึกษาความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2563;7(1):1-12.

11.ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2565;7(1):40-56.

12.สุปราณี บุญมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2560.

13.ศุณาลักษณ์ สุรภักดิ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2560;1(1):29-37.

14.ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565.

15.Schermerhorn, J. R., Jr., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. Managing organizational behavior (7th ed.). New York: John Wiley & Sons, 1991.

16.ยุพา ฟูชื่น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2560.

17.จีราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกูล, สุรินธร กลัมพากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(3):42-52

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

Development of a palliative care model for patients with end-stage chronic kidney disease affecting clinical outcomes and quality of life

(Received: January 4,2025 ; Revised: January 22,2025 ; Accepted: January 24,2025)

ชุมศรี ต้นเกตุ[1] อรพิน นวพงศกร[2] ปัณณทัต บนขุนทด[3] ณรงค์กร ชัยวงศ์[4]
Choomsri Tonkhet[1] Orrapin Navapongsakorn[2] Punnathut Bonkhunthod[3] Narongkorn Chaiwong[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 15 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ ทดสอบค่าที และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน 2) การให้ความรู้ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผลการดูแลพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกมีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง โดยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, คุณภาพชีวิต

Abstract

This action research, the objective was to study the effect of developing a palliative care model for patients with end-stage chronic kidney disease on clinical outcomes and quality of life. Sample groups include: patients with end-stage chronic kidney disease during the research period, there were 15 cases. The characteristics of the sample are patients with end-stage kidney disease who have been screened using the guidelines for screening patients with end-stage kidney failure. Enter palliative care research tools include model of palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease. Clinical outcome assessment form for patients with end-stage chronic kidney disease and patient quality of life scale data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square test statistics, t-test, and qualitative data were content analyzed. The research results found that development of a model for palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease consists of 1) a multidisciplinary team in standard patient care 2) providing knowledge and counseling for behavior change 3) supporting self-management of patients with chronic kidney disease and results of care found after developing a

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding Author, Orrapin Navapongsakorn E-mail address: orrapin.nav@neu.ac.th
[3] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

model for palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease. The mean clinical outcomes are higher than before development. Statistically significant at the .0 5 level and the quality of life of patients with palliative end-stage chronic kidney disease. Before development, the level was low. After the development was at a moderate level, increasing with statistical significance at the .05 level.

Keyword: Models of care for patients with chronic kidney disease, Clinical outcomes, Quality of life

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้า และมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะนี้คือ การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยไม่รับการบำบัดแทนไตโดๆ แต่มุ่งเน้นที่การรักษาอาการ และความไม่สบายใจจากโรค รักษาคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย และครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรี ที่สำคัญการดูแลแบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการบริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการแบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศ[1]

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) สาขา Palliative care ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่งจัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงท้ายของชีวิต ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย และกำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่าย บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียวทั้งด้านโครงสร้างบุคลากร และคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี[2] กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลัก โดยกรอบแนวคิด Six building blocks ซึ่งได้แก่ 1) ระบบการให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 7) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบ และทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน[3]

โรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นของโรคจะไม่มีอาการแสดง ความสามารถการทำงานของไตหรืออัตราการกรองของไตจะเริ่มลดลง การดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป และเมื่อการดำเนินของโรคสู่ระยะที่ 4 ไตเรื้อรังระยะรุนแรง และระยะที่ 5 ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายจะสูญเสียการควบคุมสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ สูญเสียการทำหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมนต่างๆ รวมถึงมีของเสียคั่งในกระแสเลือด โดยเฉพาะในรายที่มีอัตราการกรอง

ลดลงอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ ซึ่งก่อให้เกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่หลายอาการทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า ขากระตุก คันตามผิวหนัง บวมที่ปลายแขนและขา เป็นต้น และด้านจิตใจคือ วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย และไม่มีสมาธิ[4]

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการจัดบริการเชิงรุกที่มุ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะส่งต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart[5]ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผนปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนาคือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO[3] หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System) ประกอบด้วย 1) service delivery 2) health workforce 3) information system 4) medical products, vaccines & technologies 5) financing 6) leadership/governance[3]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 15 ราย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 15 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative performance scale version 2 (PPSv2) ที่ PPS 40-70 % มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต ดัดแปลงของ ขนิษฐา หอมเจีย และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง[6] ที่แปลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับภาษาไทย การศึกษาครั้งนี้ใช้วัดเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากโรคไตโดยตรง มี 11 มิติ รวม 33 ข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า โดยมีระดับความเป็นจริงคะแนน ดังนี้ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด แปลงคำตอบแต่ละข้อเป็น 0-100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก

การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3

ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) 4) การสะท้อน (Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTarrart[5] ดังนี้

1. ระยะการพัฒนา

1.1 การวางแผน (Planning) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนทนากลุ่ม ประชุมปรึกษาศึกษาถึงปัญหา สาเหตุการดูแลผู้ป่วย และหาแนวทางการปฏิบัติ ร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ร่วมกันพัฒนา ไปทดลองใช้

1.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) ติดตามผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบ

1.4 การสะท้อน (Reflection) สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ภายหลังการนำรูปแบบไปปฏิบัติ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งรับฟังข้อติดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อวางแผนในวงรอบต่อไป

2. ระยะหลังการพัฒนา

2.1 การวางแผน (Planning) การปรับปรุงรูปแบบ โดยสนทนากลุ่ม และเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้ปรับปรุง และตรวจสอบคุณภาพ

2.2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้ปรับปรุง และตรวจสอบคุณภาพแล้วไปปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น

2.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) โดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก และการสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.4 การสะท้อน (Reflection) การสะท้อนถึงผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยกึ่งทดลอง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คะแนนก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยสถิติ Chi-Square

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-117

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.3 เพศชายร้อยละ 46.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 28.3 รองลงมาช่วงอายุ 50-59 ปีร้อยละ 25.0 ช่วงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 21.7 และอายุต่ำกว่า 50 ปีร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ Sign ได้แก่ ESRD ร้อยละ

36.7 รองลงมา ESRD c HT ร้อยละ 26.7 ESRD c HT c DM ร้อยละ 11.7 และ ESRD c HT c CKD5 ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ และส่วนใหญ่สิทธิการรักษาบัตรผู้สูงอายุร้อยละ 28.3 รองลงมา บัตรผู้พิการร้อยละ 18.3 กรมบัญชีกลางร้อยละ 15.0 และผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 11.6 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP, DBP และค่าเฉลี่ย Potassium มีค่าลดลงกว่าก่อนการพัฒนา ส่วนค่าเฉลี่ย Hct มีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
eGFR	14.83	6.26	14.25	6.12	0.93	.359
SBP	139.47	15.01	126.44	12.23	3.22	.000**
DBP	69.94	10.11	65.26	9.27	2.85	.007**
FBS	143.35	53.84	120.45	57.91	1.68	.109
Hct	27.30	6.20	32.39	3.69	5.01	.000**
Potassium	4.81	0.83	4.31	.060	3.78	.001**

p> .05

คุณภาพชีวิตก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านลบคือ ด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจ ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	ก่อน			หลัง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ด้านสภาวะทางกาย	18.08	1.31	ปานกลาง	18.32	2.38	ปานกลาง	0.55	.585
ด้านสภาวะทางใจ	15.23	2.43	ปานกลาง	15.44	1.05	ปานกลาง	0.52	.602
ด้านภาวะความลำบาก	19.05	2.81	สูง	14.79	3.83	ต่ำ	6.99	.000**
ด้านอาการและปัญหา	38.51	5.63	สูง	34.57	13.99	ปานกลาง	2.31	.028*
ด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน	21.41	3.01	สูง	18.17	5.15	ปานกลาง	4.62	.000**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**97.35**	**16.85**	**ต่ำ**	**110.02**	**11.26**	**ปานกลาง**	**3.29**	**.003****

p< .05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนี้ มีความใกล้เคียงกับหลายการศึกษาวิจัย ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัด ร้อยเอ็ด[7] ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการโรคเชิงบูรณาการ และการจัดการรายกรณี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[8] การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต[9] เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า 1) ด้านการนำองค์กร พบว่า มีผู้รับผิดชอบดูแลหลักแต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 5) การจัดหายา และเวชภัณฑ์มีกรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ อดิศร อุดรทักษ์ และคณะ[2] เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบาบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญ เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้ายไร้รอยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทางาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.027)

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP, DBP และค่าเฉลี่ย Potassium มีค่าลดลงกว่าก่อนการพัฒนา ส่วนค่าเฉลี่ย Hct มีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านลบคือ ด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทาง

กาย และด้านสภาวะทางใจ ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการวิจัยของ จำรัส สาระขวัญ และคณะ[10] เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลพระพุทธบาท มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ รัชนี แม้ไพบูลย์สุข และพิชา ศนกาญจน์[11] ได้การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไปเขต 4 กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของ ญาณิศา สุริยบันเทิง เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตมาตราส่วนมุ่งเป้าโรคไต ด้านอาการแสดง และรายการปัญหา ผลกระทบของโรคไต ในระดับสูง ด้านภาระของโรคไตในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวิจัยครั้งนี้ในเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น เนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องอาการของโรค การดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[13] ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทา ส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลที่ดีส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญอื่นๆ ของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ และหาแนวทางการพัฒนาในแต่ละหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1.ปาณิสรา สนั่นเอื้อ และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมุมมองของพยาบาล. เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2565.

2.อดิศร อุดรทักษ์, สุลาวัณย์ วรรณโคตร, วิชชุนี ละม้ายศรี, ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์รพ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566;8(2):532-44.ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

3.World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.

4.Lee, S. J. & Jeon, J. (2015). Relationship Between Symptom Cluster and Quality of Life in Patients at stage 2 to 4 Chronic Kidney Disease in Korea. Applied Nursing Research, 28(4), e13-19.

5.Kemmis, & Wilkinson, M. Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh, 1998.

6.ขนิษฐา หอมจีน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชั่น 1.3. วารสารเภสัชกรรมไทย 2553;2(1):1-14.

7.พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน และเสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562;9(2): 180-89.

8.วราทิพย์ แก่นการ, เกษม ดำนอก และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการโรคเชิงบูรณาการและการจัดการรายกรณี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):173-82.

9.ชวมัย ปินะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรรณพร คงอุ่น, นิธิยา นามวงศ์ และสุคนทิพย์ เรียงริลา. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563;17(3):64-75.

10.จำรัส สาระขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเบียด และมาลี มีแป้น. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(2):153-64.

11.รัชนี แม้ไพบูลย์สุข และพิชา ศนกาญจน์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี 2563;6(3):54-67.

12.ญาณิศา สุริยบันเทิง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(1):49-60.

13.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลาพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2560;16(2):25-36.

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น

Effectiveness of the application of the sex education learning program to develop life skills and preventing risky sexual behavior among early adolescents

(Received: January 5,2025 ; Revised: March 9,2025 ; Accepted: March 10,2025)

ตวิษา อนุภัย[1] นิภา สุทธิพันธ์[2] เกษม ชูสอน[3] กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร[2]
Tavisa Anuphai[1] Nipar Suttipun[2] Kasem chuson[3] Kitipong Ruanphet[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 ราย ทดสอบก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา ระยะเวลาในการทดลองใช้เวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อน และหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน โดยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อลามก และด้านความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา, พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์, การตระหนักรู้เรื่องเพศ

Abstract

This research was a quasi-experimental study to study the effectiveness of applying a sex education program to develop life skills and prevent risky sexual behavior among early adolescents. The sample group is thirty middle school students were tested before and after receiving the sex education program. The duration of the trial is 12 weeks. Data were collected by having the sample answer questionnaires by themselves first. and after the experiment data analysis used statistics: frequency distribution, mean, standard deviation, and paired t-test. The research results found that average score of health knowledge to prevent premature sexual intercourse after the experiment was greater than before in every aspect. By receiving information awareness of pornography and knowledge and understanding to prevent premature sexual intercourse knowledge scores increased from a moderate level to a high level.

Keywords: Learning program on sex education, Sexual risk behaviors, Self-awareness about sex

[1] พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการอิสระ
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลขอนแก่น Corresponding Author: Kasem Chuson E-mail address: Kasem3119@gmail.com

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นำไปสู่ปัญหาสำคัญอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพอีกมากมาย โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้งผิดกฎหมาย ซึ่งก่อให้ความสูญเสียทั้งต่อตัวของวัยรุ่น ครอบครัว และสังคมเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ข้อมูลจากรายงานการวิจัยหลายแห่งพบว่า วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และมีคู่หลายคนจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เรียกได้ว่าเป็นช่วงวิกฤตการณ์ของพัฒนาการหรือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการดำเนินชีวิต[1] จะเห็นว่า จากแนวโน้มพัฒนาการของการเข้าสู่วัยรุ่นนั้นเร็วขึ้นโดยเพศชายเริ่มมีพัฒนาการทางเพศ ตั้งแต่อายุประมาณ 9-10 ปี และเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้นโดยเฉลี่ยในอายุช่วง 12.1-12.5 ปี โดยจากศึกษาการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนชายร้อยละ 5.3 ส่วนนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วซึ่งอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชาย และนักเรียนหญิงเท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ[2] จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงของวัยรุ่นข้างต้น ส่งผลให้เกิดปัญหา และผลกระทบตามมาอย่างเห็นได้ชัดเจนได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ ปัญหาโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น[2]

นอกจากนี้ ผลสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นอายุประมาณ 13 ปี เป็นช่วงวัยที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นหรือแม่วัยใส มีแนวโน้มปัญหาเพิ่มสูง ขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศไทย และวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยจากรายงานสถิติสุขภาพโลก ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นอยู่ในลำดับที่ 5 ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราการคลอดบุตรจำนวน 47 คน ต่อเพศหญิงในรุ่นอายุเดียวกัน 1,000 คน[3] สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ระบุว่าจำนวนการคลอดบุตรในเพศหญิงไทยอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยข้อมูลดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยได้อย่างชัดเจน อีกทั้งปัญหาความรุนแรงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังเป็นสิ่งที่น่ากังวลใจเพิ่มมากขึ้น[4]

การสอนสุขศึกษาเรื่องเพศในสถานศึกษาในปัจจุบันยังมีความจำกัดอยู่มากเนื่องจากปัจจุบัน พบว่าปัญหาการสอนเพศศึกษาแบบให้ข้อมูลรอบด้านแก่ผู้เรียนอาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอก คิดว่าเป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น[5] ดังนั้นจึงทำให้นักเรียนขาดทักษะที่จะป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สรุปได้ว่าการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรนี้เนื่องจากวัยรุ่นขาดทักษะที่จะจัดการกับสถานการณ์และแรงกดดันจากสิ่งต่างๆ[1]

จากสถานการณ์ปัญหาดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญจึงได้การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้แก่นักเรียนมีความรู้ และทักษะในการป้องกันตนเอง จากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิต ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ความสามารถด้านการคิด และทักษะการปฏิเสธ และตัดสินใจเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีทักษะมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจในนักเรียน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อายุระหว่าง 13-15 ปี ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อายุระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นประกอบด้วย เพศ อายุ การได้รับค่าใช้จ่ายมาโรงเรียน เกรดเฉลี่ยรวม การพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา บิดา และมารดาประกอบอาชีพรับจ้าง บิดาและมารดาหรือผู้ปกครองมีเวลาให้กับนักเรียนในการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเรียนหรือเรื่องส่วนตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ทั้ง 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์
2. การรู้เท่าทันสื่อลามกเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์
3. การจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์
4. ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์
5. ทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์
6. ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นความรอบรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการดื่มของมึนเมา
2. ด้านการเที่ยวสถานบันเทิง
3. ด้านการอยู่ร่วมกันกับเพศตรงข้าม

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยพบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ได้ค่าแอลฟาครอนบาซ (Cronbach's Alpha reliability) 0.86

ขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา

ก่อนเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย และชี้แจงแนวทางการเรียนรู้ตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและ การป้องกัน

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ก่อนและหลังการทดลอง และให้นักเรียนทำแบบสอบถามก่อนเรียน ซึ่งใช้กลุ่มเดิมตลอดการดำเนินกิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น กิจกรรมแจกเอกสารประกอบการเรียนรู้ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น นำเสนอสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงแต่ละระบบ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากนั้นร่วมกันชมสไลด์สรุปเรื่อง “การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น”

กิจกรรมครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีตระหนักในคุณค่าของความเสมอภาคทางเพศ บอกลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิง และเพศชายได้ วางตัวต่อเพศเดียวกัน และเพศตรงข้ามได้อย่างเหมาะสม การตระหนักรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ กิจกรรมได้แก่ นักเรียนกลุ่มเดิมจากกิจกรรมที่แล้ว ชมหนังสั้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการถูกเพื่อนชายชักชวนไปเที่ยวที่บ้านหลังเลิกเรียนสองต่อสอง ในขณะที่ผู้ปกครองไม่อยู่บ้าน ร่วมกันอภิปรายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงบทบาทของเพศชาย และเพศหญิง แจกเอกสารประกอบการเรียนรู้เรื่อง “ชายหญิงเท่าเทียมกัน” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างชายหญิง บทบาททางสังคม การวางตัวต่อเพศตรงข้าม และเพศเดียวกัน

กิจกรรมครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีการตระหนักรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ ความสามารถด้านการคิด ทักษะการสื่อสารเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีกิจกรรมดังนี้ จัดนักเรียนกลุ่มเดิมจากกิจกรรมที่แล้ว แจกใบงานสถานการณ์ จากนั้นตอบคำถาม ร่วมกันอภิปรายทุกกลุ่ม เอกสารประกอบการเรียนรู้ ขั้นตอนการปฏิเสธจับสลากสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

กิจกรรมครั้งที่ 4 วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด มีกิจกรรมจัดนักเรียนกลุ่มเดิมจากกิจกรรมที่แล้ว ชมหนังสั้นเนื้อหาเกี่ยวกับนักเรียนที่พลาดมีเพศสัมพันธ์กันโดยไม่ได้ป้องกัน จนเกิดการตั้งครรภ์ แจกเอกสารสถานการณ์ให้ร่วมกันอภิปรายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเสนอแนวทางการป้องกัน

กิจกรรมครั้งที่ 5 วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีความสามารถด้านการคิด และตัดสินใจ ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยจัดนักเรียนกลุ่มเดิมจากกิจกรรมที่แล้ว แต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมุติในการปฏิเสธ เมื่อดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมเสร็จสิ้นตามแผนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการเรียนรู้ โดยการทดสอบโดยใช้แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตน ความสามารถด้านการคิด และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถด้านการสื่อสาร และพฤติกรรมป้องกันสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่อนทดลอง และหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-128

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 75.9 ได้รับค่าใช้จ่ายมาโรงเรียนวันละ 30-50 บาท และ 51-80 บาทร้อยละ 41.8 และ 32.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้เกรดเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 2.00-2.49 ร้อยละ 54.4 การพักอาศัยอยู่กับบิดา และมารดาร้อยละ 72.4 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันร้อยละ 54.6 บิดาและมารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.7 จากการศึกษาพบว่า เกือบทั้งหมดที่บิดา และมารดาหรือผู้ปกครองมีเวลาให้กับนักเรียนในการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเรียนหรือเรื่องส่วนตัวร้อยละ 80.8

ความรอบรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน โดยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อลามก และด้านความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 26.63 (S.D.=4.87), 15.56 (S.D.=4.04) และ 16.56 (S.D.=3.82) ตามลำดับ เป็น 29.46 (S.D.=5.6), 17.8 (S.D.=3.93) และ 18.03 (S.D.=3.97) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง และหลังทดลองโดยใช้การทดสอบค่า Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรอบรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังจากการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95 % CI		t	df	p-value
				Lower	Upper			
ความรอบรู้เรื่องเพศศึกษา	-.46	.68	.12	-.71	-.21	-3.74	29	.001

*p< .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หลังการทดลองมากกว่า

ก่อนการทดลองทุกด้าน โดยด้านการรับข้อมูลข่าวสารด้านการรู้เท่าทันสื่อลามก และด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ด้านการรับข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นโดยผสมผสานวิธีการทางสุขศึกษาได้แก่ การอภิปรายกลุ่มจากประเด็นปัญหาที่กำหนดให้ การบรรยายประกอบสไลด์ประกอบภาพพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ การให้ชมหนังสั้น ซึ่งเนื้อหามีลักษณะเป็นสถานการณ์จำลองให้ตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และจัดให้ผู้เรียนได้อภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงสถานการณ์ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น รวมทั้งมีการมอบหมายงานกลุ่มให้นักเรียนไปศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมของวัยรุ่นกับโอกาสเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เพื่อใช้อภิปรายในครั้งต่อไป เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ในเรื่องที่จะอภิปราย ซึ่งในรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเพิ่มมากขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น กล้าแสดงออกทางด้านความคิดเห็น กล้าที่ยืนยันในความคิดเห็นของตนเอง กล้าเจรจาต่อรอง กล้าปฏิเสธ[7] สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และมีความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ความตระหนักในตนเอง และความเห็นอกเห็นใจในผู้อื่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับอารมณ์ และความเครียดความตั้งใจในการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่า[8] และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์[9]

2. การพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ด้านการรู้เท่าทันสื่อลามก คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ร่วมด้วย โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ การใช้ปัญหาเป็นหลัก การฝึกทักษะด้านการคิด และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีสื่อประกอบการสอนคือ สไลด์ประกอบภาพสถานการณ์ เน้นการจำลองสถานการณ์เพื่อให้นักเรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ และตอบคำถามรวมทั้งแสดงความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์จากนั้นร่วมกันพิจารณา และหาทางแก้ไขหรือปฏิเสธเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงที่จำลองขึ้นมา ส่งผลให้นักเรียนได้ฝึกใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถพูดคุย ต่อรอง ปฏิเสธได้อย่างมีเหตุผล จากการตรวจสอบการตอบแบบสอบถามแล้ว พบว่านักเรียนมีความคิด และการตัดสินใจที่มีแนวโน้มที่ดี แต่ยังมีความคึกคะนอง และความต้องการการยอมรับจากเพื่อนต่างเพศ สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการพัฒนาการของวัยรุ่นคือ กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลสำหรับวัยรุ่นช่วงนี้มาก เกิดการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การใช้คำพูดที่เสริมแรงด้านบวกโดยใช้คู่เพื่อนจะนำไปสู่การคล้อยตามกลุ่ม และความรู้สึกในทางที่ดีต่อตนเอง พยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นตามความคาดหวังถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง[10] และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่พัฒนาด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังบวกให้แก่วัยรุ่น โดย

อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ครอบครัว เพื่อน และชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาพลังตัวตน โดยให้กลุ่มทดลองเล่นเกมส์ เพื่อทำความรู้จักตนเอง และเพื่อนทุกคน เข้าใจบุคลิกภาพของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของบุคคลที่อยู่รอบข้าง และเห็นคุณค่าของตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และความสำคัญของทุนชีวิต[11]

3. การพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ด้านความรู้ความเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากโปรแกรมการเรียนรู้ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ การใช้ปัญหาเป็นหลักการฝึกทักษะด้านการคิด และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีสื่อประกอบการสอน และมีการแสดงบทบาทสมมติโดยให้นักเรียนฝึกใช้การสื่อสารที่คิด และปรับปรุงเอง ร่วมกับการแสดงความคิดเห็นในสถานการณ์ของนักเรียนกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจากการตอบแบบสอบถาม สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การพัฒนาทักษะ ในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และทักษะการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ผ่านรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม[12] และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การพัฒนาทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และจัดให้มีประสบการณ์ในการฝึกทักษะในการคิดวิเคราะห์การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา รวมทั้งการสื่อสารสามารถทำให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย[13]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โรงเรียนควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญได้แก่ ทักษะการคิด ทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ เป็นต้น และควรใช้รูปแบบการสอนที่เน้นการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง และการเรียนรู้ผ่านกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน มีการอภิปรายปัญหาร่วมกัน จะทำให้นักเรียนเกิดทักษะชีวิต และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. การฝึกทักษะการปฏิเสธหรือการฝึกความสามารถด้านการคิด การตัดสินใจ ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียน และชุมชนได้โดยประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะ และบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบกิจกรรม และเนื้อหาการเรียนรู้ที่ต้องการ และให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการประเมินผลพฤติกรรมของตนเองและของเพื่อน

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลและแนวทางการแก้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ปกครอง ครู และนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์ขวัญ เพนเทศ และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562; ;11(2):62-79.

2. วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกตอนปลาย ตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):39-51.
3. World Health Organization, Stop TB Partnership. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. อนุชิดา อายุยืน, ปัณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ริรร์ พิมมานุรักษ์, กัลยา มั่นล้วน ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อทัศนคติในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(3):669-77.
5. วันวิสาข์ บัวลอย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภรณี วัฒนสมบูรณ์ และนิรัตน์ อิมาม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 2557;20(1):127-42.
6. Likert, Rensis. “The Method of Constructing and Attitude Scale”. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son, 1967.
7. จิราวรรณ พักน้อย, นิสากร กรุงไกรเพชร และพรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(3):58-68.
8. เอ็มวิกา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(1):96-104.
9. วานิศา ประโยชน์มี, อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;21(2):150-57.
10. รดาธร วงศ์นภดล และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาต้นทุนชีวิตต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559;34(3):61-7.
11. อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทุนชีวิตโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2564.
12. นัฏยา สุวลักษณ์, สุปรียา ตันสกุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วารสารสุขศึกษา 2562;42(1):29-42.
13. แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, นันทวัน สุวรรณรูป, ปิยะธิดา นาคะเกษียร และรุ้งนภา ผาณิตรัตน์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(2):119-28.

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of nursing care model for prevention hospital acquired pneumonia (HAP) in female inpatients ward at Yangtalat Hospital, Kalasin Province.

(Received: January 12,2025 ; Revised: January 25,2025 ; Accepted: February 1,2025)

พวงเพชร มงคลสินธุ์[1]
Pungpet Mongkolsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทาง และพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล จำนวน 32 คน ดำเนินการวิจัยเดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติในพยาบาลตาม Bundle of care ในการควบคุมโรคติดเชื้อ แบบประเมินความรู้ในญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ pared t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาประกอบด้วยประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญ 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหญิงทุกรายโดยมีใบเฝ้าระวังเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน 2) ส่งเสริมและวางระบบให้มีการอบรม ICWN ทุก 2 สัปดาห์ ครบทุกหน่วยงาน อย่างน้อย 1 คนต่อหอผู้ป่วย 3) วางแผนการอบรมเพื่อฟื้นฟู หลักสูตร การวินิจฉัยการติดเชื้อสำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบในหอผู้ป่วย โดยประสานกับ ICN ที่ดูแลระบบ IPC ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลยางตลาด 4) นำเอา Bundle of care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกตำแหน่งที่เฝ้าระวัง 5) ค้นหาปัญหาในระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และดำเนินแก้ไขปัญหาตามความสำคัญเร่งด่วน 6) ดำเนินการจัดตั้งไลน์กลุ่มย่อยเพื่อสะดวกต่อการประสานงาน แจ้งข้อมูลข่าวสาร 7) พัฒนาระบบประสาน และระบบติดตามงานผ่านหัวหน้างานในการติดตามนิเทศ ผลลัพธ์ของการนำแนวทางไปใช้พบว่าพยาบาลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยตาม Bundle of care เพิ่มมากขึ้น จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ความรู้ในญาติผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ระดับความพึงพอใจในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =14.72, 11.49 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยใน, การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล, โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล

Abstract

This study was action research aimed to study situation, problems and develop model for preventing hospital acquired pneumonia (HAP) in female inpatient ward of Yangtalat Hospital, Kalasin Province. Sample size were 32 patients at risk of hospital-acquired pneumonia. Research was conducted from October 2023 to September 2024. Research tools instruments included a general information questionnaire, a nurses' practice assessment form according to the Bundle of Care in infectious disease control, a knowledge assessment form for caregivers, and a satisfaction assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics. And inferential statistics in pre-post test developed with pared t-test statistics.

Study results found that the development consisted of 7 important processes: 1) Develop a surveillance system for all patients admitted to the female ward using a surveillance sheet as a tool for the operation. 2) Promote and establish a system for ICWN training every 2 weeks for all units, at least 1 person per ward. 3) Plan a refresher training course on infection diagnosis for nurses responsible for infection prevention and control (IPC) who are system

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

administrators in the ward, by coordinating with the ICN that oversees the IPC system to cover the entire Yang Talat Hospital. 4) Apply the Bundle of Care to care for all patients under surveillance. 5) Find problems in the infection surveillance system, prioritize problems, and resolve problems according to urgency. 6) Establish a sub-group LINE for easy coordination and information sharing. 7) Develop a coordination system and work tracking system through supervisors for monitoring and supervision. The results of implementing the guidelines found that nurses had increased skills in caring for patients according to the Bundle of Care. The statistical test found that knowledge of caregivers increased and patients' satisfaction increased. At a statistical significance level of .05 (t =14.72, 11.49, respectively).

Keywords: Inpatient ward nursing, hospital infection prevention, hospital-acquired pneumonia

บทนำ

ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia, HAP) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ในต่างประเทศพบ ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อจะเพิ่มมากขึ้นตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในปี ค.ศ. 2012 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย HAP ประมาณ 156 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา การเกิดปอดอักเสบผู้ป่วยต้องใช้ยาปฏิชีวนะมากขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกิดผลกระทบต่อการเกิดเชื้อดื้อยาตามมา ถึงแม้จะได้รับยาต้านจุลชีพแบบจำเพาะ หรือได้รับการดูแลที่ถูกต้องแล้วก็ตาม โรคปอดอักเสบมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังจากรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงขึ้นไป[1] ปอดอักเสบในโรงพยาบาล นับว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 20 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 2 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด นอกจากนี้ยังเพิ่มความรุนแรงในโรค โรคปอดอักเสบ alcoholism การกลืนผิดปกติ ถุงลมโป่งพอง เบาหวาน หัวใจวาย การกดภูมิคุ้มกัน การใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และในผู้สูงอายุ และยังเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย[2]

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ[3]ในปี 2566 อัตราการป่วย 60.12 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 2.2 แสนราย เสียชีวิต จำนวน 154 ราย พบมากในปลายฤดูฝนต้นฤดูหนาว ประเทศไทยในปี 2566 พบผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 25 อัตราเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 26 และมักเกิดการติดเชื้อในวันที่ 4 ภายหลังการเข้ารักการรักษานอนพักในโรงพยาบาลสูงถึง ประมาณ ร้อยละ 80 การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นประมาณ 0.9 ต่อ 1,000 วันนอน และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 15 วัน และส่งผลให้ต้องใช้ยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น 10 เท่า อีกด้วย รวมถึงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และต้องแบบรับค่ารักษาสูงถึงประมาณ 5 ล้านบาทต่อปี[4]ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อรายประมาณ 70,000-100,000 บาท[5] เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดปอดอักเสบในไทยได้แก่ Acinetobacter baumannii ร้อยละ 28.20 รองลงมาคือ Pseudomonas spp. ร้อยละ 17.82 และ เชื้ออื่นๆ ได้แก่ Klebsiella pneumoniae ร้อยละ 7.74 และ Methicillin-resistance Staphylococcus aureus (MRSA) ร้อยละ 7.67 ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่า[6]ผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ Pseudomonas aeruginosa หรือ Acinetobacter หรือการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย[7] ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด[8]

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 986 ราย อัตราป่วย 58.42 ต่อประชากรแสนคน โรงพยาบาลยางตลาด[9] ขนาด 90 เตียง จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 อัตราครองเตียงโดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 82.12 หอผู้ป่วย

อายุรกรรมหญิง ร้อยละ 92.50 จำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5 วัน พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดในหออายุรกรรมหญิง ร้อยละ 43.52 ในปี 2565-2567 มีผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วย 13,496 ราย 12,853 ราย และ 14,463 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) ในปี 2565 -2567 จำนวน 13 ราย 16 ราย และ 22 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล เป็น 0.31, 0.68 และ 0.87 ต่อ 1,000 วันนอนรวม จากการทบทวนพบว่า โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยใน สาเหตุของการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาทำให้ผู้ป่วยยังคงได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรสามารถให้การดูแล พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยในต้องวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิต ที่ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมตามแต่ละบุคคล พยาบาลต้องมีการวางแผนการจำหน่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยได้มาตรฐานในการรักษาพยาบาล

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษารูปแบบนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งขาดรูปแบบการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาปอดอักเสบในโรงพยาบาลและบูรณาการการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางการพยาบาล โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผน ดำเนินการอบรม ทบทวนองค์ความรู้การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยหญิง ศึกษาปัญหาการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการการพัฒนาจนให้เกิดเป็นรูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 12 คน เชิงปริมาณ กลุ่มผู้ป่วยหอผู้ป่วยหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบ จำนวน 41 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 12 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณ กลุ่มผู้ป่วยหอผู้ป่วยหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบ จำนวน 32 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจาก จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบถามความรู้การดูแลในญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคปอดติดเชื้อ จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินทักษะการพยาบาลตาม Bundle of care ในการป้องกันโรคปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วย ทักษะการพยาบาล และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วย ทักษะการพยาบาล และความพึงพอใจ ก่อนหลังพัฒนาแนวทางด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลยางตลาด

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ระดมสมอง พบว่า ระบบรายงานโรคติดเชื้อภายในห้อผู้ป่วยหญิงยังต่ำกว่าความเป็นจริง Under Report หรือ loss การรายงาน ในขณะที่พยาบาลผู้รับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (ICWN) ประจำหอผู้ป่วยหญิง ยังมีภาระการขึ้นเวรเช้าบ่ายดึก ยังไม่มีเวลาปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มเวลา อีกทั้งพยาบาลผู้มีหน้าที่ควบคุมโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วยหญิงต้องปฏิบัติงานและทำหน้าที่หลายตำแหน่งทั้งจ่ายกลาง-ซักฟอกและงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย ในโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้การดูแลระบบไม่ทั่วถึง ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหญิงยังขาดแนวทางชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติ ไม่เข้าใจบทบาทของผู้ปฏิบัติงาน ไม่เข้าใจ Definition ของตำแหน่งที่เฝ้าระวังการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหญิง การใช้ Bundle of care ยังเป็นเรื่องใหม่ และยังขาดการอบรมให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอหญิงยังไม่ชำนาญ ในการใช้ Bundle of care ในการควบคุมโรคติดเชื้อ

เชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 12 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงทั้งหมด 12 คน ร้อยละ 100.00 อายุส่วนมาก ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมา 31-40 ปี และ 41-50 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 25.00 และ 51-60 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ Mean±SD=28.69±2.48 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 12 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากปริญญาตรี จำนวน 9 คนร้อยละ 75.00 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน ร้อยละ 25.00 การได้รับการอบรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วย ส่วนมาก เคยได้รับการอบรม จำนวน 8 คน ร้อยละ 66.67 ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 4คน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) จำนวน 32 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 18 คน ร้อยละ 56.25 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 43.75 ช่วงอายุส่วนมาก 71-80 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมา 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 7 คน ร้อยละ 21.88 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ Mean±SD=78.26±6.24 ปี ประเภทผู้ป่วยที่มีภาวะปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAP) ส่วนมากป่วยด้วยสาเหตุโรคทางเดินหายใจ จำนวน 9 คน ร้อยละ 28.13 รองลงมาโรค หลอดเลือดสมอง จำนวน 8 คน ร้อยละ 25.00 และ โรคเบาหวาน จำนวน 6 คน ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบมากที่สุด คือ Acinetobacter baumannii จำนวน 12 คน ร้อยละ 37.50 รองลมาคือ Pseudomonas aeruginosa จำนวน 11 คน ร้อยละ 34.38 และ Klebsiella pneumoniae จำนวน 9 คน ร้อยละ 28.13 วันที่ตรวจพบการติดเชื้อภายหลังการนอนพักในโรงพยาบาล HAP (วัน) ส่วนมาก 9 วันขึ้นไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 46.88 รองลงมา 5-8 วัน จำนวน 11 คน ร้อยละ 34.38 และ 1-4 วัน จำนวน 6 คน ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ Mean±SD=10.62±3.48 วัน จำนวนวันนอนพักในโรงพยาบาล ส่วนมากนอนพักรักษา 16-20 วันจำนวน 11 คน ร้อยละ 34.38 รองลงมา 11-15 วัน จำนวน 8 คน ร้อยละ 25.00 และ 6-10 วัน จำนวน 6 คนร้อยละ 18.75 ตามลำดับ Mean±SD=18.92±13.21 วัน

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญ 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหญิงทุกรายโดยมีใบเฝ้าระวังเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน 2) ส่งเสริมและวางระบบให้มีการอบรม ICWN ทุก 2 สัปดาห์ ครบทุกหน่วยงาน อย่างน้อย 1 คนต่อหอผู้ป่วย 3) วางแผนการอบรมเพื่อฟื้นฟู หลักสูตร การวินิจฉัยการติดเชื้อสำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบในหอผู้ป่วย โดยประสานกับ ICN ที่ดูแล ระบบ IPC ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลยางตลาด 4)นำเอา Bundle of care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกตำแหน่งที่เฝ้าระวัง 5) ค้นหาปัญหาในระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และดำเนินแก้ไขปัญหาตามความสำคัญเร่งด่วน 6) ดำเนินการจัดตั้งไลน์กลุ่มย่อยเพื่อสะดวกต่อการประสานงาน แจ้งข้อมูลข่าวสาร 7) พัฒนาระบบประสาน และระบบติดตามงานผ่านหัวหน้างานในการติดตามนิเทศ

3) ผลการใช้รูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1) ทักษะการดูแลผู้ป่วยตาม Bundle of care ก่อนพัฒนาพบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยตาม Bundle of care มีคะแนนเฉลี่ย 3.42 คะแนน (S.D.1.26) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยตาม Bundle of care มีคะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน (S.D. 1.36) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 1

3.2) ความพึงพอใจในรูปแบบ ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหญิง ก่อนพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน (S.D.1.28) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจ

มีคะแนนเฉลี่ย 4.62 คะแนน (S.D.1.38) อยู่ในระดับมาก

3.3) ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ก่อนพัฒนา พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 คะแนน (S.D.1.22) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วย มีค่า 8.69 คะแนน (S.D.2.54) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, t=14.72 ดังแสดงในตาราง 4

3.4) ความพึงพอใจ ก่อนพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 3.29 คะแนน (S.D.1.23) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจ มีค่า 4.46 คะแนน (S.D.1.42) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=11.49 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรู้ในการดูแลตนเองในญาติผู้ป่วย และ ความพึงพอใจรูปแบบ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAP) ในหอผู้ป่วยหญิง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=32)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อในญาติผู้ป่วย	4.21	1.22	น้อย	8.69	2.54	มาก	14.72	<0.001*
2. ความพึงพอใจในการรับบริการในผู้ป่วย	3.29	1.23	ปานกลาง	4.46	1.42	มาก	11.49	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

รายงานโรคติดเชื้อภายในห้อผู้ป่วยหญิงยังต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้รับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อยังมีภาระงานต่างๆจำนวนมาก ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหญิงยังขาดแนวทางชัดเจน การใช้ Bundle of care ยังเป็นเรื่องใหม่ และยังขาดการอบรมให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอหญิงยังไม่ชำนาญในการควบคุมโรคติดเชื้อ ผู้ป่วย HAP ส่วนมากอยู่ในวัยผู้สูงอายุ และมาด้วยสาเหตุด้วยโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงยากในการควบคุม สอดคล้องกับ วันเพ็ญ บุญประเสริฐ[10]และ สอดคล้องกับ นงคราญ ศรีนำทา[11]

การพัฒนาประกอบด้วยประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญ 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหญิงทุกรายโดยมีใบเฝ้าระวังเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน 2) ส่งเสริมและวางระบบให้มีการอบรม ICWN ทุก 2 สัปดาห์ ครบทุกหน่วยงาน อย่างน้อย 1 คนต่อหอผู้ป่วย 3) วางแผนการอบรมเพื่อฟื้นฟู หลักสูตร การวินิจฉัยการติดเชื้อสำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบในหอผู้ป่วย โดยประสานกับ ICN ที่ดูแล ระบบ IPC ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลยางตลาด 4)นำเอา Bundle of care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกตำแหน่งที่เฝ้าระวัง 5) ค้นหาปัญหาในระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และดำเนินแก้ไขปัญหาตามความสำคัญเร่งด่วน 6) ดำเนินการจัดตั้งไลน์กลุ่มย่อยเพื่อสะดวกต่อการประสานงาน แจ้งข้อมูลข่าวสาร 7) พัฒนาระบบประสาน และระบบติดตามงานผ่านหัวหน้างานในการติดตามนิเทศ สอดคล้องกับ บงกฎ ปัจสา และคณะ[12]

ผลการพัฒนาส่งผลให้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย

ตาม Bundle of care ความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนา เพิ่มขึ้น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในญาติเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจในการรับบริการในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ ทัศณียา ไข้บวช และคณะ[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในพยาบาล ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นปอดอักเสบในหอผู้ป่วยหญิง บุคลากรโรงพยาบาลยางตลาด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-asso ciated pneumonia, Am J RespirCrit Care Med. 2005;171(4):388-416.
2. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for pre venting health-care—associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare InfectionControl Practices Advisory Committee.MMWR Recomm Rep. 2004;53(Rr-3):1-36.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคปอดอักเสบ.2566. [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567. แหล่งข้อมูล:https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดอักเสบ[Internet]. [cited 2024 Mar 1]. Available from http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm. 2567.
5. ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย.อุบัติการณ์และสาเหตุของปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลและปอดอักเสบ ติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า วารสารโรงพยาบาลชลบุรี2564;46(2):75-83.
6. กำธร มาลาธรรม และสุสัณห์อาศนะเสน บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร.พิมพ์ครั้งที่ 2. ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล .2558.
7. การประเมินตนเองเพื่อการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด 2558.
8. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และ อภิชาต วชิรพันธ์. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ พิมพ์ครั้งที่ 1. 2563.
9. โรงพยาบาลยางตลาด. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. 2566.

10. วันเพ็ญ บุญประเสริฐ. อุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;13(1):35-43.
11. นงคราญ ศรีนำทา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Hospital Acquired Pneumonia (HAP). โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 2563.
12. บงกฎ ปัจสา และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงในผู้ใหญ่ โดยแบบประเมิน FASTHUG และ SAR ในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(3):85-98.
13. ทัศณียา ไข้บวช และคณะ. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ ในโรงพยาบาลสาหรับผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565;14(1):80-98.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of nursing care model for prevent teenage pregnancy by community participation process of Kamalasai Hospital, Kalasin Province.

(Received: January 16,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ถนิมกาญจน์ ญาณธรรม[1]
Thanimkan Yantham[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทาง และ พัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ กลุ่มทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 34 คน เชิงปริมาณหญิงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี ในพื้นที่ อำเภอกมลาไสย จำนวน 64 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 รวมระยะ 12 เดือน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ pared t-test

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 11 กระบวนการดังนี้ 1) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 2) แต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วย ครู อบต. อปท. รพ.สต. นักเรียน แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน 3) ชี้แจงนโยบายการดำเนินงาน 4) การให้บริการการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยทำงานเป็นทีม 5) จัดตั้งคลินิกวัยใสในพื้นที่ 6) ดำเนินการเชิงรุกให้ความรู้ผู้ปกครองและนักเรียน 7) สร้างแกนนำจิตอาสาในแต่ละหมู่บ้าน 8) พัฒนาจิตอาสาชายรักชายในทุกตำบล 9) ดำเนินงานเชิงรุกเยี่ยมคู่สมรสรายใหม่ 10) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในทุกช่องทาง 11) ออกรณรงค์เชิงรุกตามบุญประเพณีต่างๆที่มีสุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่พึงประสงค์ลดลง วัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =8.29, 10.24 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การพยาบาลวัยรุ่น, การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

Abstract

This study was a participatory action research (PAR) aimed to study the situation, problems, guidelines and develop a model for preventing teenage pregnancy using the community participation process at Kamalasai Hospital, Kalasin Province. Qualitative sample consisted of 34 interdisciplinary teams and networks for preventing teenage pregnancy. Quantitative sample consisted of 64 female adolescents aged 15-19 in Kamalasai District. Research was conducted between January 2024 and December 2024, a total of 12 months. The research instruments included a general information questionnaire, a health literacy assessment form, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics. And inferential statistics in pre-post test developed with pared t-test statistics.

Results of the study found that the process of developing a model for preventing teenage pregnancy consisted of 11 processes as follows: 1) Plan the operation with network partners. 2) Appoint a working group consisting of teachers, SAOs, local administrative organizations, health promotion hospitals, students, community leaders, kamnans, village headmen, with the district chief as the chairman. 3) Explain the operation policy. 4) Provide services to reach the target group by working as a team. 5) Establish a youth

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกมาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

clinic in the area. 6) Proactively provide knowledge to parents and students. 7) Create volunteer leaders in each village. 8) Develop male volunteers who have sex with men in every sub-district. 9) Proactively visit new couples. 10) Public relations and knowledge in all channels. 11) Proactively campaign according to various festivals that are at risk of teenage pregnancy. The results of implementing the model found that unwanted teenage pregnancies decreased. Adolescents have more health knowledge in pregnancy prevention. Satisfaction increased significantly at the .05 level (t =8.29, 10.24, respectively).
Keywords: Teenage pregnancy, Adolescent nursing, Network participation

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่นับว่าเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ โดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน และนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และนับว่าเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โดยองค์กรอนามัยโลกกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 10.00 ของรายงานการตั้งครรภ์ทั้งหมด อัตราการคลอดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในหญิงอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์ประมาณ 48.90 ต่อประชากรหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ส่งผลกระทบต่างๆ[1] ตามมาสังคมโลกต้องเผชิญปัญหาเด็กเกิดน้อย แต่ด้อยคุณภาพ มารดาวัยรุ่นเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ (unintended pregnancy) มีความเกี่ยวข้องกับตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นปัญหาและทำให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ[2]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติในปี 2565 พบว่า มีหญิงวัยรุ่น ตั้งครรภ์มากกว่า 23 ล้านคนทั่วประเทศ ในจำนวนนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม จำนวน 1 แสนคนต่อปี อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 42.5 ต่อประชากร 1000 คน ซึ่งอัตราการคลอดมีชีพในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2559 มีหญิงคลอดบุตร จำนวนทั้งสิ้น 666,207 ราย เป็นการคลอดจากแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 94,584 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของการคลอดทั้งหมดและเมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์การมีบุตรของวัยรุ่นที่สูงถึง[3] ร้อยละ 46.59 ในขณะที่เกณฑ์กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ[4] พ.ศ. 2560-2561 ไม่เกิน 42 ต่อประชากร 1000 คน วัยรุ่นที่ไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 3,676 คน และมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 114,001 คน ซึ่งในจำนวนนี้พบแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี พ่อวัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 10 ปี และยังพบว่าทารกที่เกิดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 51.67 : 48.33 ค่าเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่า 90 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงสุดในทวีปเอเชีย[6]

วัยรุ่นเป็นเป็นวัยที่มีพัฒนาการในด้านต่างๆ สู่การเป็นวัย เพื่อวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อารมณ์จะรุนแรงขึ้น แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย เชื่อมั่นในตนเอง ต้องการตัดสินใจ และรับผิดชอบด้วยตัวเอง ต้องการอิสระ ให้ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนการเรียนรู้การปรับตัวในสังคม การเลือกแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาท เลือกเลียนแบบจากบุคคลที่ตน มีแรงขับดันทางเพศสูง มีความสนใจอยากรู้อยากทดลอง และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะการรับเอาอารยะธรรมจากตะวันตก ซึ่งมีอิสระในเรื่องเพศประกอบกับสื่อโซเชียลในยุคใหม่ยั่วยุกามอารมณ์ แต่วุฒิภาวะของวัยรุ่นเป็นเพียงความพร้อมของร่างกายตามวัยเจริญพันธ์เท่านั้น ส่วนจิตใจที่จะรับผิดชอบการใช้ชีวิตมีเพื่อการมีครอบครัวนั้น วัยรุ่นยังขาดความพร้อมและไม่สามารถพึ่งตัวเองได้ ประกอบกับสังคมไทยยังไม่ยอมรับให้วัยรุ่นแสดงออกทางเพศโดยอิสระมากขึ้น เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจากการที่มีเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการ

ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และยังเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส และไม่ได้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จนเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดตามมา และส่งผลให้ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยตามมา และเสี่ยงต่อการตายคลอดตามมาอีกด้วย[7]

โรงพยาบาลกมลาไสย[8] จังหวัดกาฬสินธุ์ จากสถิติในปี 2565-2567 มีหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 210 ราย, 148 ราย และ 175 ราย ตามลำดับ เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 21 ราย 18 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.00 ร้อยละ 12.16 และ ร้อยละ 15.42 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าวัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา ขาดทักษะการใช้ชีวิต จากการสำรวจพบว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 20 วัยรุ่นจะมีอายุต่ำกว่า 18 ปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 12 ปีในเพศหญิง และ 13 ปี ในเพศชาย การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใน เพศชาย ร้อยละ 52.34 ในขณะที่เพศหญิง ประมาณร้อยละ 45.25 ถึงแม้ปัจจุบันมีการแก้ปัญหาด้วยการทำแท้งถูกกฎหมาย ผ่านแอพลิเคชันออนไลน์ และอนุญาตให้เรียนต่อได้แม้ท้องกลางคัน แต่ยังพบปัญหาการติดเชื้อเอดส์ ปัญหาเศรษฐกิจสังคม และการแพทย์ อัตราเสี่ยงทางด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในครรภ์ก็มีมากกว่าธรรมดา โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด การใช้สารเสพติด การไม่ศึกษาต่อ ครอบครัวไม่มั่นคง ลดโอกาสจะได้ทำงานที่ดีของตนเองลง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษารูปแบบนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน และสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งขาดรูปแบบการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการป้องกันที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น และบูรณาการการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งตัวมารดาและทารกในครรภ์ เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ก้าวพลาดได้กลับมายืนในสังคมได้อีกครั้ง และเป็นต้นแบบในการพัฒนางานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 รวมระยะ 12 เดือน ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามแนวทางการพยาบาล โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผน ดำเนินการอบรม ทบทวนองค์ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพ ศึกษาปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการการพัฒนาจนให้เกิดเป็นรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 34 คน เชิงปริมาณ หญิงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี ในพื้นที่ อำเภอกมลาไสย จำนวน 318 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 34 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณ หญิงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี ในพื้นที่ อำเภอกมลาไสย จำนวน 64 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจาก จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 24 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความพึงพอใจก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 จากการวิเคราะห์ระดมสมอง พบว่าปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นปัญหาที่พบมากขึ้น เนื่องมาจากการหลั่งไหลทางวัฒนธรรมตะวันตก รวมทั้งการดำรงชีวิต ในสังคมยุคใหม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นไทย รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ ประกอบกับได้รับอิทธิพลของสื่อโซเชียลมีเดียออนไลน์ต่างๆ อีกทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษายังไม่เป็นระบบ ไม่มีความชัดเจนแน่นอน พ่อแม่ผู้ปกครองมองเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรจะพูดถึง และปล่อยให้กลุ่มวัยรุ่นเรียนรู้กันเอง ใช้วิธีคุมกำเนิดไม่เหมาะสม สื่อในโซเชียลมีฉากรุนแรงทั้งทางวาจาและพฤติกรรมส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบและมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ประกอบกับยาเสพติดในพื้นที่ทำให้วัยรุ่นขาดความยั้งคิด มีพฤติกรรมรุนแรง และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทำให้เกิดภาวะท้องก่อนวัยอันควรตามมา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการ

ตั้งครรภ์วัยรุ่น ในอำเภอกมลาไสย มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดความตระหนักรู้ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ปัจจุบันทีการแก้ไขปัญหาแต่ยังไม่สำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จึงควรมีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอำเภอกมลาไสยได้รับการดูแลที่เป็นมิตร เข้าถึงบริการการดูแลทั้งในสถานศึกษา โรงพยาบาล และในชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมทั่วถึงอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นอำเภอกมลาไสยลดลง

1.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 64 คน ส่วนมาก อายุ 17 ปี และ 18 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 20.31 รองลงมา 19 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 18.75 และ 16 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 15.63 ตามลำดับ (Mean±SD=18.69±1.14 ปี) อาชีพส่วนมาก นักเรียน นักศึกษา จำนวน 22 คน ร้อยละ 34.38 รองลงมาว่างงาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 23.44 และรับจ้าง จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.38 สถานภาพสมรส ส่วนมาก โสด จำนวน 58 คน ร้อยละ 90.63 รองลงมาแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 6 คน ร้อยละ 9.38 สถานที่พักอาศัยปัจจุบันพักอาศัยส่วนมากบิดามารดา จำนวน 45 คนร้อยละ 70.31 รองลงมาพักอาศัยกับพี่น้อง จำนวน 8 คน ร้อยละ 12.50 และ พักอาศัยกับคู่รัก หรือ ญาติ จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 11 กระบวนการดังนี้ 1) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 2) แต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วย ครู อบต. อปท. รพ.สต. นักเรียน แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน 3) ชี้แจงนโยบายการดำเนินงาน 4) การให้บริการการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยทำงานเป็นทีมทั้งในเชิงรับและเชิงรุก 5) จัดตั้งคลินิกวัยใสในโรงพยาบาล กมลาไสย จัดตั้งคลินิกวัยใสลงสู่ รพ.สต.ทุก แห่งในเขตกมลาไสยฆ้องชัย 6) ดำเนินการเชิงรุกให้ความรู้ผู้ปกครองร่วมกับทางโรงเรียน/เทศบาล ให้ความรู้นักเรียนทั้งนอกและในระบบการศึกษาโดยเริ่มตั้งแต่ ชั้นประถม ขายโอกาส มัธยม 7) อบรมแกนนำจิตอาสาในแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้คำแนะนำและแจกถุงยางอนามัยในแต่ละหมู่บ้านเพื่อแก้ไขทัศนคติที่ไม่ดีในการป้องกันตัวเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และแก้ไขจากเยาวชนอายที่จะหาซื้อถุงยางอนามัย 8) พัฒนาจิตอาสาชายรักชายในทุกตำบลเพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพสสัมพันธ์ 9) ดำเนินงานเชิงรุกเยี่ยมคู่สมรสรายใหม่ 10) ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ เฟซบุ๊กโรงพยาบาลและโทรศัพท์สายตรงประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และ บทความตามหอกระจายข่าว 11) ออกรณรงค์เชิงรุกตามบุญประเพณีต่างๆที่มีสุ่มเสี่ยง เช่น ลอยกระทง วาเลนไทน์ สนับสนุนแผ่นพับ

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนพัฒนาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีคะแนนเฉลี่ย 18.28 คะแนน (S.D.2.61) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีคะแนนเฉลี่ย 24.28 คะแนน (S.D.3.62) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่าระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.29 ดังแสดงในตาราง 2

3.2 ความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ย 3.15 คะแนน (S.D.1.04) อยู่ใน

ระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ย 4.36 คะแนน (S.D.1.24) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=10.14 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความพึงพอใจรูปแบบก่อน-หลัง รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=64)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	18.28	2.61	14.72	<0.001*	3.62	มาก	8.29	<0.001*
2. ความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	3.15	1.04	11.49	<0.001*	1.24	มาก	10.14	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาที่พบมากขึ้นเนื่องมาจากการหลั่งไหลทางวัฒนธรรมตะวันตกการดำรงชีวิตในสังคมยุคใหม่ อิทธิพลของสื่อโซเชียลมีเดียออนไลน์ต่างๆ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดความตระหนักรู้ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงบริการการดูแลทั้งในสถานศึกษา โรงพยาบาล และในชุมชนยังเข้าถึงได้ยาก กลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ มีอายุ 17-18 ปี สถานที่พักอาศัยปัจจุบันพักอาศัยบิดามารดาหรือพี่น้อง สอดคล้องกับ ประจวบ แหลมหลัก และคณะ[7]

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 11 กระบวนการดังนี้ 1) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 2) แต่งตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วย ครู อบต. อปท. รพ.สต. นักเรียนแกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน 3) ชี้แจงนโยบายการดำเนินงาน 4) การให้บริการการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยทำงานเป็นทีม 5) จัดตั้งคลินิกวัยใสในพื้นที่ 6) ดำเนินการเชิงรุกให้ความรู้ผู้ปกครองและนักเรียน 7) สร้างแกนนำจิตอาสาในแต่ละหมู่บ้าน 8) พัฒนาจิตอาสาชายรักชายในทุกตำบล 9) ดำเนินงานเชิงรุกเยี่ยมคู่สมรสรายใหม่ 10) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในทุกช่องทาง 11) ออกรณรงค์เชิงรุกตามบุญประเพณีต่างๆที่มีสุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สอดคล้องกับ พิมพ์ณิชณิณ ภิวงศ์กำจร[9] และสอดคล้องกับ นิตยา เพ็ญศิรินภา[10]

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้น และส่งผลลัพธ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะยาวจนลดลง และประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เหมาะสมและยั่งยืนในระยะยาวได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและผู้ปกครองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติม แบบบูรณาการร่วมกับโรงเรียนและชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit. Teenage pregnancy and longterm mental health outcomes among Indigenous women in Canada. Arch Womens Ment Health. 21(3), 333-340.
2. องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. รายงานสังเคราะห์การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย 2565. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย, 2565.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2566.
4. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขสุข. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2565.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562 - 2564). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2562.
6. ภาสิต ศิริเทศ. (2561). การพัฒนาทักษะชีวิตกับ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น.วารสารพยาบาลทหารบก. 19 (ฉบับพิเศษ), 10-15.
7. ประจวบ แหลมหลัก และคณะ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคมวิทยา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2558;5(3):3-11.
8. โรงพยาบาลกมลาไสย. รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. 2566.
9. พิมพ์ณิชณิณ ภิวงศ์กำจร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรในพื้นที่ ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(4):609-617.
10. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(3):1-16.
11. นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และคณะ. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563;5(3):96-104.

โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Health education program to strengthen sexual intercourse prevention prematurity in lower secondary school students, Banyang Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province

(Received: January 18,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์[1] ชนาธิป สันติวงศ์[2] เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์[1] ปภาวรินทร์ มีชนะ[3]
Teerawat Phongphanupat[1] Chanathib suntiwong[2] Penpis Nugoonsawat[1] Paphawarin Meechana[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และศึกษาโปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน และสุ่มตัวอย่างมาวิจัยโดยวิธีการจับฉลากคัดเลือกชั้นปีละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77, S.D.=.43) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 0.27 คะแนน โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) มีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับดี ($\bar{X}$ = 1.65, S.D.=.23) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 0.40 คะแนน โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This research aimed to study health perception related to the prevention of sexual activity and risky sexual behaviors, as well as to evaluate the health education program to strengthen sexual intercourse prevention prematurity in lower secondary school students, BanYang Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province. The sample size was determined using a simple random sampling method, selecting a total of 30 participants. The sample was drawn by randomly selecting 10 students per grade level. Data collection was conducted using a questionnaire. The statistical methods employed included descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as analytical statistics, namely paired-sample t-test.

The research findings revealed that after participating in the health education program for preventing risky sexual behaviors, the participants exhibited a high level of health perception for preventing sexual activity ($\bar{X}$ = 3.77, S.D.= .43), which was 0.27 points higher than before participating in the program, with a statistically significant increase ($p < .05$). The level of risky sexual behavior prevention was also found to be good ($\bar{X}$ = 1.65, S.D.= .23), showing a 0.40-point

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[3] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

improvement compared to pre-program levels, with a statistically significant increase ($p < .05$). When comparing the mean scores of health perception for preventing sexual activity and risky sexual behavior prevention, the post-program scores were significantly higher than the pre-program scores ($p < .05$).

Keywords: Health education program, Sexual risk behavior, Junior high school students.

บทนำ

พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับในประเทศไทย และสถานการณ์ของพฤติกรรมวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เพราะวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากช่วงหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ เรียกได้ว่าเป็นช่วงวิกฤตการณ์ของพัฒนาการหรือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการดำเนินชีวิต พัฒนาการของวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของสรีระทั่วร่างกาย วัยรุ่นจะมีอารมณ์ที่แปรปรวนมากกว่าวัยอื่นๆ และมีความคึกคะนอง อยากรู้อยากลอง และจะเริ่มมีการสร้างเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลขึ้นมา[1] จะเห็นว่า จากแนวโน้มพัฒนาการของการเข้าสู่วัยรุ่นนั้นเร็วขึ้นโดยเพศชายเริ่มมีพัฒนาการทางเพศ ตั้งแต่อายุประมาณ 9-10 ปี และเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้นโดยเฉลี่ยในอายุช่วง 12.1-12.5 ปี โดยจากศึกษาการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนชายร้อยละ 5.3 ส่วนนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วซึ่งอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงเท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ [2] จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงของวัยรุ่นข้างต้น ส่งผลให้เกิดปัญหา และผลกระทบตามมาอย่างเห็นได้ชัดเจนได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ ปัญหาโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น[3]

ในปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นหรือแม่วัยใส มีแนวโน้มปัญหาเพิ่มสูง ขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศไทย และวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยจากรายงานสถิติสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นอยู่ในลำดับที่ 5 ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราการคลอดบุตรจำนวน 47 คน ต่อเพศหญิงในรุ่นอายุเดียวกัน 1,000 คน[3] สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ระบุว่าจำนวนการคลอดบุตรในเพศหญิงไทยอายุ 10 - 19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยข้อมูลดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยได้อย่างชัดเจน อีกทั้งปัญหาความรุนแรงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังเป็นสิ่งที่น่ากังวลใจเพิ่มมากขึ้น[4]

การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์[5] โดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีทักษะทางสังคมมีการคิดวิเคราะห์ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเข้าใจและใช้ข้อมูลที่มีอยู่หรือป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์[6] พบว่าโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถาม สามารถป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น[7] และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์[8] และยังพบว่า การเข้าถึงแหล่งความรู้มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาจะช่วยให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ และนำไปสู่การตัดสินใจทางเพศ[9] จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นด้านทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธมาใช้ในการจัดกระบวนการ สุขศึกษา และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันสำหรับนักเรียนเพื่อป้องกันตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองมาพัฒนา โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อาจประกอบด้วยกิจกรรม และกระบวนการ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและผลกระทบ การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการปฏิเสธ การใช้ตัวแบบที่ดี (Role Models) การเสริมสร้างความมั่นใจ (Confidence Building) และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและครอบครัว[6] ซึ่งผลที่คาดหวังคือ เยาวชนมีความมั่นใจในการปฏิเสธพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง และลดอัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร รวมทั้งเพิ่มความตระหนักรู้และทักษะการดูแลสุขภาพทางเพศ โปรแกรมฯ นี้ไม่เพียงช่วยป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่ยังส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระยะยาวด้วย[10]

ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยในโปรแกรมมีการออกแบบกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนากระบวนการฟัง อ่าน พูด คิด วิเคราะห์ วิจารณ์ สังเคราะห์ ผ่านสถานการณ์จำลอง กรณีศึกษา สื่อภาพยนตร์นวนิยาย หนังสั้น การ์ตูน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อให้เกิดความรอบรู้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โดยจะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การดื่มสุรา และการรักนวลสงวนตัว เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และเป็นการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นให้นักเรียนสามารถผ่านช่วงวัยรุ่นได้อย่าง มีสุขภาวะสมวัย เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนวัดโพธิ์ทอง ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีการศึกษา 2567 จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนวัดโพธิ์ทอง ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีการศึกษา 2567 โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากคัดเลือกชั้นปีละ 10 คน รวมทั้งหมด 30 คน

ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีอยู่ 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ และอายุ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 8 ข้อ, การรู้เท่าทันสื่อลามกเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ, การจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ, ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ, ทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถาม ใช้ตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ ดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ มี 3 ด้านได้แก่ การดื่มของมึนเมา จำนวน 4 ข้อ, การเที่ยวสถานบันเทิง จำนวน 4 ข้อ และการอยู่ร่วมกันกับเพศตรงข้ามจำนวน 5 ข้อใช้ตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลกลับ โดยการให้คะแนน 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศ 2) คู่มือแนวทางการดำเนินงานกระบวนการกลุ่มพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ 3) แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ 4) ใบความรู้ ใบงาน ใบสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ 5) โปสเตอร์เรื่องเพศศึกษาพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ

คุณภาพของเครื่องมือ

ประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยมีค่าIOC ตั้งแต่ .67–1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .94

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา

1. แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่มให้นักเรียนแบ่งกลุ่มย่อยเลือกหัวหน้ากลุ่มเลขานุการของกลุ่มให้นักเรียนทำกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันโดยให้เห็นความสำคัญของการทำงาน โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีทักษะในการสื่อสารความเข้าใจที่ดีต่อกัน

2. แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 2 เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา วัตถุประสงค์สามารถบอกถึงความหมาย ความสำคัญ และจุดมุ่งหมายของการเรียนเพศศึกษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศต่างๆ ของวัยรุ่น

3. ขั้นตอนการสอนจะเริ่มจากผู้สอนสอบถามนักเรียนถึงความรู้เบื้องต้นเรื่องเพศศึกษาความเปลี่ยนแปลงร่างกาย สอบถามความคิดเห็นของนักเรียนเรื่องความรู้สึกต่อการเป็นวัยรุ่น สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเป็นวัยรุ่นให้นักเรียนเข้ากลุ่มของตน และช่วยกันระดมสมองในกลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันระดมสมอง วาดรูปร่างกายว่าส่วนใดมีการพัฒนา และพัฒนาตรงส่วนไหนบ้างให้นักเรียนศึกษาใบความรู้ และทำใบงานเรื่องเพศศึกษา

4. แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง การป้องกันพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ วัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียน มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ สามารถควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอารมณ์ และ

โอกาสที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สามารถบอกแนวทางปฏิบัติตนให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

5. ขั้นตอนการสอนเริ่มจากผู้สอนนำรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การแต่งตัวโป๊ การออกเที่ยวในเวลากลางคืนของวัยรุ่น การดื่มสุรา ในภาวะปัจจุบันที่พบเห็นจากสื่อต่างๆ และให้นักเรียนร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผู้สอนสนทนากับนักเรียนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้สอนนำเสนอข่าวจากหนังสือพิมพ์เช่น ข่าวการทำแท้งเถื่อน การใช้ชีวิตคู่โดยการอยู่ด้วยกันของนักศึกษาชายหญิง กรณีศึกษาเรื่องการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการมีเพศสัมพันธ์ต่างๆ ให้นักเรียนทำการวิเคราะห์ใบงาน ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มระดมสมองในหัวข้อวิธีการป้องกัน และหลีกเลี่ยงผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์มา 10 ข้อ แต่ละวิธี ช่วยป้องกันได้อย่างไรบ้าง ผู้สอนให้นักเรียนแต่ละกลุ่มเข้ากลุ่มย่อยเขียนบทการแสดงและออกมาแสดงบทบาทสมมุติ ซึ่งโดยให้นักเรียนเลือกเรื่องที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศให้นักเรียนศึกษาใบความรู้ และบรรยายเกี่ยวกับการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศวิธีการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นหญิงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจาก สถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คาดคิดปัญหาของการมีความสัมพันธ์ทางเพศในวัยเรียน อภิปรายประเมินจากใบงาน ออกมานำเสนอผลงาน

6. ให้นักเรียนออกมาแสดงความคิดเห็น และช่วยกันสรุปกิจกรรมที่ปฏิบัติมาทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ภายในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-104 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อน-หลังทดลอง พบว่า มีการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก($\bar{X}$ = 3.50, S.D.=.78) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้มากที่สุดคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.03 ,S.D.=1.19) รองลงมาคือ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.83, S.D.=1.15) และด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.23, S.D.=.86) ตามลำดับ หลังทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77, S.D.=.43) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้มากที่สุดคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13, S.D.=1.15) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.03, S.D.=.49) และด้านการจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีการรับรู้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.97, S.D.=.18) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นได้แก่ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการรู้เท่าทันสื่อลามกเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ แต่ยังมีด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และด้านทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เท่าเดิม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อน-หลังทดลอง n=30

การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	**ก่อนทดลอง**		**หลังทดลอง**		**แปลผล**
	$\bar{x}$	(S.D)	$\bar{x}$	(S.D)	
1.ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	3.07	1.20	4.03	.49	**เพิ่มขึ้น**
2.ด้านการรู้เท่าทันสื่อลามกเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	2.53	.82	3.67	.71	**เพิ่มขึ้น**
3.ด้านการจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	3.50	0.97	3.97	.18	**เพิ่มขึ้น**
4.ด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	3.23	0.86	3.23	.86	**เท่าเดิม**
5.ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์	3.83	1.15	3.83	1.15	**เท่าเดิม**
6.ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	4.03	1.19	4.13	.73	**เพิ่มขึ้น**
รวม	3.50	.78	3.77	.43	**เพิ่มขึ้น**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย มีระดับการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ก่อน-หลังทดลองพบว่า การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 0.27 คะแนน โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 0.40 คะแนน โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย มีระดับการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ก่อน-หลังทดลอง

กลุ่มทดลอง N=30		$\bar{x}$	(S.D)	*df*	t	p-value
การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์						
ก่อนทดลอง		3.50	.78	29	24.68	< .05
หลังทดลอง		3.77	.43	29	47.96	< .05
ผลต่าง		0.27				
การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์						
ก่อนทดลอง		2.53	.73	29	13.27	< .05
หลังทดลอง		2.93	.37	29	39.35	< .05
ผลต่าง		0.40				

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในระดับที่สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.43) โดยเฉพาะด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 1.15) ซึ่งเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลง และได้รับผลลัพธ์ที่ดีที่สุด แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสนับสนุนนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล[10] ซึ่งระบุว่าทักษะการตัดสินใจสามารถช่วยเพิ่มความสามารถของเยาวชนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงโดยพิจารณาจากสถานการณ์และผลที่ตามมาอย่างเหมาะสม ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = 0.49) เป็นอีกด้านหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ของเยาวชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วานิศา ประโยชน์มี และคณะ[4]สนับสนุนว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเพศศึกษาอย่างครบถ้วนมีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ และการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ในขณะเดียวกันด้านการจัดการตนเองกับอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 3.97, S.D. = 0.18) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานของ รดาธร วงศ์นภดล และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[11] ที่ระบุว่า ทักษะการจัดการตนเองช่วยลดโอกาสการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ยังคงมีค่าการรับรู้ใกล้เคียงเดิม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากวิธีการสื่อสารหรือเนื้อหาในโปรแกรมที่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นเพราะทักษะดังกล่าวต้องการการฝึกฝน และประสบการณ์ในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน ระบุว่าทักษะการสื่อสารต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และการฝึกปฏิบัติจริง ดังนั้น การปรับปรุงโปรแกรมสุขศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มเนื้อหา และกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจในเชิงลึก และพัฒนาทักษะการสื่อสารที่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับการรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.27 คะแนน และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น 0.40 คะแนน ซึ่งการเพิ่มขึ้นทั้งสองส่วนมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจ และการตระหนักรู้ในเรื่องของความเสี่ยงทางเพศ และการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องกับแนวคิดของ Green และ Kreuter[12] ที่ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนถึงความสำคัญของการเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skills) เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการจัดการอารมณ์ในกลุ่มวัยรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ World Health Organization[13] สนับสนุนว่าการส่งเสริมทักษะชีวิตช่วยลดโอกาสในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญ การเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เนื่องจากเนื้อหา และกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ และทักษะต่าง ๆ

เช่น การจัดการกับแรงกดดันจากเพื่อน การสื่อสารเชิงป้องกัน และการให้ข้อมูลที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุชิดา อายุยืน และคณะ[14] พบว่า การจัดโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมเชิงโต้ตอบสามารถช่วยให้เยาวชนพัฒนาความเข้าใจและทักษะได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผลการวิจัยสนับสนุนว่า โปรแกรมสุขศึกษามีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชน แต่ควรพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมเพื่อเน้นย้ำการปรับพฤติกรรมในระยะยาว เช่น การติดตามผล การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล และการเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ทักษะในสถานการณ์จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โรงเรียนและนักเรียนช่วงชั้นอื่นๆ นอกเหนือจากนักเรียนตอนต้น สามารถนำวิธีการวิจัยหรือรูปแบบการวิจัย ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับนักเรียนได้ รวมทั้งระหว่างการสอนโปรแกรมสุขศึกษาควรเพิ่มเติมการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนเพื่อประเมินทัศนคติ และกระตุ้นการรับรู้ของนักเรียนตอนต้นเพิ่มขึ้น และรูปแบบการจัดกิจกรรมควรให้นักเรียนตอนต้นมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ทัศคติ และการฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธของนักเรียนตอนต้นเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา ดังนั้นโดยแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยควรเน้นให้นักเรียนตอนต้นมีส่วนร่วมเพื่อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้นและมีประสิทธิภาพด้านการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองอื่นที่น่าสนใจเช่น กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มนักศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศของแต่ละกลุ่ม

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเวลาในการติดตามผลในระยะสั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้ระยะเวลาที่ศึกษานานกว่านี้เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และดูว่าควรต้องให้การสนับสนุนพฤติกรรมนั้นนานเท่าใด พฤติกรรมจึงจะคงอยู่ตลอดไป

3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจหรือความคิดเห็นของนักเรียน ผู้บริหาร และครูผู้สอนที่มีส่วนต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อนำมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ปรีชา สุวรรณทอง, ศันสนีย์ จันทสุข, ภานุวัฒน์ ศรีโยธาและ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(1):278-92.

2.วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกตอนปลายตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):39-51.

3.วันวิสาข์ บัวลอย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภรณี วัฒนสมบูรณ์ และนิรัตน์ อิมาม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 2557;20(1):127-42.

4.วานิศา ประโยชน์มี, อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;21(2):150-57.

5.ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy), 2563.

6.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy), 2558.

7.ชลดา อานี, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้ คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2560;32(2):137-43.

8.นาตยา แก้วพิภพ และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์. วารสารสุขศึกษา, 2562;42(1): 55-66.

9.Vongxay, V., Albers, F., Thongmixay, S., Thongsombath, M., Broerse, J. E., Sychareun, V., & Essink, D. R. Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. PloS one, 2019;14(1):e0209675.

10.อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทุนชีวิตโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2564.

11.รดาธร วงศ์นภดล และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาต้นทุนชีวิตต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559;34(3):61-7.

12.Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: McGrawHill, 2005.

13.World Health Organization, Stop TB Partnership. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2013.

14.อนุชิดา อายุยืน, ปัณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ริรร์ พิมมานุรักษ์, กัลยา มั่นล้วน ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อทัศนคติในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(3):669-77.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy with the 5-FU/LV regimen and experiencing complications from the treatment: A case study

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

วิจิตรา สุวรรณพันธ์[1]
Wichittra Suwannapan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตร 5-FU/LV ร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ในการได้รับยา 5-Fluorouracil คือ แผลในปาก พบในช่วง 5-8 วันหลังให้ยาเคมีบำบัด วิธีการดำเนินการ เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การสัมภาษณ์ และนำมาวางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาเป็นกรอบในการให้การพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาตามแพทย์นัด เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การวินิจฉัยโรค CA Rectum Stage II T3N0M0 ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Moderately Differentiated Adenocarcinoma ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เกรด 2 ส่งผลกระทบทั้งต่อการรักษา และการดำเนินโรค เนื่องจากผู้ป่วยต้องเลื่อนระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดออกไป และต้องปรับลดขนาดยาลง ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลงได้ พยาบาลผู้บริหารยาจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในเรื่องของยาเคมีบำบัด มีการประเมิน เฝ้าระวัง ป้องกัน วินิจฉัยปัญหาและจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV, ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

Abstract

This study is a case study aimed at examining the problems and nursing care of colorectal cancer patients receiving chemotherapy with the 5-FU/LV regimen combined with radiotherapy. One of the potential side effects of 5-Fluorouracil is oral mucositis, which typically occurs 5–8 days after chemotherapy administration. The study employed purposive sampling to select patients receiving treatment at the outpatient chemotherapy department of Lopburi Cancer Hospital. Data were collected through medical records, observation, and interviews. The nursing care plan was developed using Orem's theory of supportive-educative nursing systems as the framework for nursing interventions

Results: The study involved a 65-year-old Thai male patient who attended a follow-up appointment for concurrent chemotherapy and radiotherapy. The diagnosis was CA Rectum Stage II T3N0M0 and the patient underwent a Low Anterior Resection with a pathology result of Moderately Differentiated Adenocarcinoma during chemotherapy with the 5-FU/LV regimen, the patient developed Grade 2 oral mucositis., which impacted both treatment and disease progression. Chemotherapy administration had to be delayed, and the dosage was reduced, potentially compromising treatment efficacy.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

The findings highlight the essential role of nurses in chemotherapy administration, requiring comprehensive knowledge, skills, and competence in chemotherapy management. Nurses must assess, monitor, prevent, diagnose, and appropriately manage oral mucositis to ensure patient safety and minimize treatment risks.

Keywords: Nursing care for colorectal cancer patients, 5-FU/LV chemotherapy regimen, oral mucositis.

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer; CRC) เป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งของประชากรทั่วโลก[1] ในประเทศไทย ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2565 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง[2] และมีแนวโน้มเริ่มพบโรคนี้ในคนอายุน้อยลง แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะทำโดยการผ่าตัด ฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกัน[3] สำหรับการให้ยาเคมีบำบัดนั้นจะมีอยู่หลายสูตร เช่น สูตร 5-FU/LV (5-Fluorouracil/Leucovorin) สูตร FOLFOX (Oxaliplatin/5-FU/LV) สูตร FOLFIRI (Irinotecan/5-FU/LV) เป็นต้น โดยแพทย์จะพิจารณาแนวทางการรักษาตามระยะของโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย สูตรยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้เพื่อตอบสนอง ต่อการรักษาและพบบ่อยในปัจจุบัน คือ สูตร 5-FU/LV โดยแผนการรักษาผู้ป่วยจะได้รับยาฉีดติดต่อกัน 5 วัน ถือเป็น 1 รอบการให้ยา ในแต่ละรอบของการให้ยาจะห่างกันรอบละ 1 เดือน ซึ่งแผนการรักษาจะให้ทั้งหมด 6 รอบ ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเยื่อบุช่องปาก อักเสบ[4] ซึ่งภาวะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาและอาการต่าง ๆ กับผู้ป่วยตามมา คือ ความเจ็บปวด การติดเชื้อ และความสามารถในการ
รับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทั้งต่อการรักษาและการดำเนินของโรค เช่น ในผู้ป่วยบางรายต้องเลื่อนระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดออกไป และต้องปรับลดขนาดยาลง ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลงได้ ดังนั้นพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในเรื่องยาเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถประเมิน เฝ้าระวัง ป้องกัน วินิจฉัยปัญหา และจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้รับบริการ[2]

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้บ่อยปัจจุบัน มีดังนี้คือ[3]

1. สูตร ไฟว์-เอฟยู (5-FU,5-Fluorouracil) และโฟลินิคแอซิด หรือลิวโคโวริน (Folinic acid, Leucovorin) เป็นยาฉีด 5 วันติดต่อกันต่อรอบการให้ยา ในแต่ละรอบของการให้ยาจะห่างกันรอบละ 1 เดือน ซึ่งแผนการรักษาจะให้ทั้งหมด 6 รอบ

2. สูตร ฟอลฟอก (FOLFOX) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ โฟลินิคแอซิด (Folinic acid), ไฟว์เอฟยู (5-FU,5-Fluorouracil) และออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) สูตรนี้ให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุด การรักษา จะให้ทั้งหมด 12 ชุด

3. สูตร ฟอลฟิริ (FOLFIRI) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ อิริโนทีแคน (Irinotecan) โฟลินิคแอซิด และไฟว์เอฟยู (Folinic acid, Leucovorin) ให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด หรือจนกว่าโรคจะสงบ

4. สูตร เคพไซทาบีน หรือซีโลดา (Capecitabine/Xeloda) เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน ซึ่งยามี 2 ขนาดคือ 500 มิลลิกรัม และ 150 มิลลิกรัม รับประทานเช้าและเย็น หลังอาหารติดต่อกัน 14 วันพัก 7 วัน ต่อ 1 ชุด โดยให้การรักษารวม 8 ชุด หรือ 6 เดือน

5. สูตร ซีล็อก/แคฟพอค (XELOX/CAPOX) ประกอบด้วยยาเคมี 2 ชนิด คือ ยาเม็ดซีโลดา และยาฉีดออกซาลิพลาติน โดยให้ยาฉีดในวันแรก และให้รับประทานยาซีโลดา 14 วันพัก 7 วัน ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 6 ชุด

6. สูตรยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ปัจจุบันมียาฉีด 2 ชนิด คือ ยาบีวาซิซูแมบ (Bevacizumab) ชื่อการค้าว่า อวาสติน (Avastin) และยาซิทูซิแม็บ (Cetuximab) ชื่อการค้าว่า เออร์บิทัก (Erbitux) วิธีการให้ยาดังนี้

6.1 ยาบีวาซิซูแมบ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรฟอลฟอก หรือสูตรฟอลฟิริ ทุก 2 สัปดาห์

6.2 ยาบีวาซิซูแมบ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรซีล็อก/แคฟพอก ทุก 3 สัปดาห์

6.3 ยาเออร์บิทัก ฉีดทุก 1 สัปดาห์ ให้คู่กับยาเคมีบำบัดสูตรฟอลฟอก หรือ สูตรฟอลฟิริ ทุก 2 สัปดาห์

ยาเคมีบำบัดนอกจากจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็วแล้ว ยังส่งผลต่อเซลล์ปกติ ในร่างกายโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วยเช่นกัน[5] ซึ่งผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูก (Myelosupression) ทำให้เม็ดเลือดขาวลดลงจึงติดเชื้อง่าย ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้อาเจียน (Chemotherapy induced nausea and vomiting) เยื่อบุช่องปากอักเสบ (Mucositis) ท้องเสีย, ระบบประสาทส่วนปลายทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ระบบผิวหนังทำให้มีผื่นแดง ผิวแห้ง ฝ่ามือฝ่าเท้าลอกและเจ็บ เป็นต้น[6,7] ยาเคมีบำบัดมีวิธีบริหารโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดโดยตรง หรือ ผสมในสารละลายน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง หรือ รับประทานในรูปแบบของยาเม็ด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อเยื่อบุช่องปาก เยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง[8] โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุในช่องปากเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและหรือร่วมกับการฉายรังสี มักมีอาการบวมแดง มีแผลในช่องปาก ทำให้มีความเจ็บปวด แสบร้อน ปากแห้ง การรับรสและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเคี้ยวและกลืนอาหารได้ลำบาก มีโอกาสติดเชื้อในช่องปากและทั้งระบบของร่างกาย บางครั้งอาจพบปัญหาการหายใจลำบากเนื่องจากมีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ รวมทั้งอาจมีอาการเหงือกและลิ้นมีฝ้าขาวจากเชื้อรา ความรุนแรงของอาการนี้ส่งผลต่อแผนการรักษา เช่น ทำให้ต้องลดขนาดของยาลงจากแผนการรักษาของแพทย์ที่วางแผนไว้ เลื่อนเวลาของการรับยา เพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การพูด การรับรสเปลี่ยนไป มีอาการเจ็บปวด ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลงและกลืนลำบากอีกทั้งก่อให้เกิดภาวะเครียด ร่างกายอ่อนเพลีย ความสามารถในการรับการรักษาลดลง ความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ปริมาณรังสี และยาเคมีบำบัด ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อายุของผู้ป่วย ความไวต่อรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดของเยื่อบุช่องปาก และการรักษาอนามัยในช่องปาก พบอุบัติการณ์การเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบที่เกิดจากยาเคมีบำบัดทั่ว ๆ ไปประมาณ 20 - 40% แต่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วย Hematopoietic cell transplantation (HCT) โดยเฉพาะ Myeloablative allogeneic HCT จะมีอุบัติการณ์สูงถึง 80% มักเกิดอาการมากสุดในช่วง 7 วันหลังจากได้รับยาเคมีบาบัด ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมักจะเป็นยาเคมีบำบัดกลุ่ม DNA Cycle-specific เช่น Bleomycin, 5-FU (5-fluorouracil), และ Methotrexate และยาเคมีบำบัดที่มักทำให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้บ่อย ได้แก่ Cytarabine, Doxorubicin, Etoposide (high-dose), Melphalan (high-dose), Fluorouracil(กรณีที่ให้แบบ Bolus) และ Methotrexate

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาล

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 1 ราย ศึกษาและวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาตามแพทย์นัด เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การวินิจฉัยโรค CA Rectum Stage II T3N0M0 ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Moderately Differentiated Adenocarcinoma หลังจากนั้นแพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด สูตร 5-FU/LV

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาจามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติโรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ประเมินทางชีวภาพวันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล วันที่ 27 พฤศจิกายน 2567

แรกรับผู้ป่วยเดินมาเอง รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี

น้ำหนัก 54 กิโลกรัม

ส่วนสูง 167 เซนติเมตร

Body mass index 19.36 กก./ตรม.

(ค่าปกติของคนเอเชีย 18.5 – 22.9)

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนให้ยาเคมีบำบัด

การรักษา มาตามแพทย์นัด เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ตารางที่ 1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนให้ยาเคมีบำบัด

CBC	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ						
		27/11/67 Cycle 1	11/12/67 ติดตาม Nadir*	25/12/67 Cycle 2	29/01/68 Cycle 3	26/02/63 Cycle 4	25/03/63 Cycle 5	22/04/63 Cycle 6
WBC	4.80-10.8 10^3/uL	8.46	8.46	6.34	4.38	6.62	6.87	6.59
ANC	1.90-8.00 10^3/uL	4.03	4.03	2.81	6.56	3.71	3.95	3.68
Plt.	140-440 10^3/uL	300	272	242	255	224	219	222
Hb	12.0-18.0 g/dL	12.2	9.5	11.2	11.8	12.3	12.8	13.3
Hct	36.0-52.0 %	39.0	29.7	36.2	36.6	37.0	37.7	37.9
%Neutrophil	40.0-74.0 %	47.6	42.6	44.3	77.8	56.0	57.5	55.8
%Lymphocyte	19.0-48.0 %	40.1	40.8	41.5	10.1	31.1	28.2	26.9
%Monocyte	3.4-9.0 %	7.9	10.9	12.0	9.8	10.6	11.5	14.1

%Eosinophil	0.0-7.0 %	3.7	6.0	1.4	2.1	1.8	2.2	2.7
%Basophil	0.0-1.5 %	0.7	0.6	0.8	0.2	0.5	0.6	0.5
Chemisitry	**ค่าปกติ**	**27/11/67 Cycle 1**	**11/12/67** ติดตาม Nadir*	**25/12/67 Cycle 2**	**29/01/68 Cycle 3**	**26/02/63 Cycle 4**	**25/03/63 Cycle 5**	**22/04/63 Cycle 6**
BUN	6.00-20.00 mg/dL	12.9	14.0	-	-	-	-	-
Cr	0.51-0.95 mg/dL	0.95	0.86	-	-	-	-	-
Albumin	3.50-5.20 g/dl	4.5	3.45	-	4.2	-	-	-
AST	0-40 U/L	16	-	-	-	-	-	-
ALT	0-41 U/L	11	-	-	-	-	-	-
ALP	40-129 U/L	46	-	-	-	-	-	-
CEA	0.00-5.00	2.73	-	-	-	-	-	2.22
HbsAg	NEG-POS	Negative	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปาก เจ็บคอ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแจ้งว่า “เจ็บปาก มีแผลในช่องปากหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1” 2. ประเมินแผลในช่องปากตามเกณฑ์ของ WHO มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เกรด 2 3. Pain score = 3 **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นมีความรู้สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ Mucositis ได้	1. อธิบายสาเหตุของอาการเจ็บปาก เจ็บคอ และแผลในช่องปาก 2. ประเมิน และบันทึกระดับความรุนแรงของอาการเจ็บปากเจ็บเจ็บคอ และแผลในช่องปาก 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การอมน้ำแข็งเป็นเวลานาน 5 นาที ก่อนให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำและอมต่อเนื่องทั้งขณะฉีดและสิ้นสุดการฉีดเคมีบำบัดจนครบ 30 นาที จะช่วยลดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ เนื่องจากความเย็นจากน้ำแข็ง จะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณช่องปากหดตัว ลดการไหลเวียนเลือดไปยังเยื่อบุช่องปากชั่วคราว จึงลดปริมาณของยาเคมีบำบัดไปยังเซลล์เยื่อบุช่องปาก ดังนั้น ความเย็นของน้ำแข็งจึงสามารถที่จะช่วยป้องกัน และลดความรุนแรงของการเกิดช่องปากอักเสบได้ 4. สอนการแปรงฟันอย่างถูกวิธี โดยให้ผู้ป่วยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม แปรงทำมุม 45 องศากับเหงือกและฟัน โดยเริ่มที่โคนฟันก่อน และเลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 5. หากเริ่มมีอาการเจ็บปากมากขึ้น ให้ใช้ผ้าสะอาด หรือผ้าก๊อสชุบน้ำเกลือพันนิ้วมือเช็ดปากแทนการแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง 6. อมกลั้วปากด้วยน้ำเปล่า หรือน้ำเกลือหลังแปรงฟัน หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน ไม่ควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ผสม 7. ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน หรือสารที่ให้ความชุ่มชื้นแก้ริมฝีปาก ห้ามใช้ Gentian violet (ยาม่วง) เพราะจะทำให้ปากแห้งมากขึ้น 8. รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา นม ไข่ ที่อ่อนนุ่ม กลืนสะดวก 9. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เพราะทำให้ระคายเคืองเยื่อบุช่องปาก 10. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือประมาณ 2-3 ลิตรต่อวัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปากและริมฝีปาก 11. แนะนำผู้ป่วยประเมินช่องปากตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ เช่น ช่องปากมีฝ้าขาว แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น ปวดมากขึ้นหรือมีเลือดออก ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. แจกแผ่นพับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อใช้อ่านทบทวนหากจำคำแนะนำไม่ได้ 13. มีการประเมินช่องปากของผู้ป่วยทุกวันก่อนรับการฉีดยาเคมีบำบัด หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Mucositis ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง และแนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากของตนเองทุกวันขณะพักฟื้นที่บ้าน หากมีอาการเจ็บปวดมากทานอาหารได้น้อย ให้ติดต่อรับคำปรึกษาได้ที่แผนกเคมีบำบัด หรือให้พบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน **การประเมินผล** หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Mucositis ได้ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ในการติดตามให้ยาเคมีบำบัดพบว่า ปัญหาเจ็บปากเจ็บคอค่อยๆ ลดลง จนสุดท้าย Pain score จาก 3 ลดเหลือ 0 คะแนน และหายจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะได้ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแจ้งว่า “หลังจากได้ยาเคมีไป ไม่อยากกินข้าว คลื่นไส้” 2. น้ำหนักลดลง 2.5 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ 3. ประเมิน Nausea and Vomiting Scale อยู่ในระดับ 2 4. ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากการได้รับยาเคมีบำบัด	1. สอบถามระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยใช้เครื่องมือประเมิน Nausea and Vomiting Scale 2. แนะนำผู้ป่วยสังเกตลักษณะ และปริมาณการอาเจียน รวมถึงปัจจัยกระตุ้น เช่น กลิ่น อาหาร หรือเวลา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (Metoclopramide) โดยแนะนำให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที โดยเคร่งครัดและแนะนำให้รับประทานจนยาที่แพทย์สั่งให้หมด 4. การรับประทานอาหาร แนะนำให้จัดห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงกลิ่นที่อาจกระตุ้นอาการคลื่นไส้ และให้ผู้ป่วยพักผ่อนในท่าศีรษะสูงหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที – 1 ชั่วโมง 5. ติดตามความสามารถในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำของผู้ป่วย 6. ประเมินภาวะขาดน้ำหรืออิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว 7. สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา **การประเมินผล** ในการให้ยา Cycle หลัง ๆ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีอาการคลื่นไส้ลดลง ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้เกือบเป็นปกติ ไม่พบภาวะขาดน้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่าช่วงที่รับยาเคมีบำบัดไม่อยากจะกินอะไร เนื่องจาก	1. ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหารที่สามารถรับประทานได้ และคำนวณ BMI 2. ประเมินอาการขาดสารอาหาร เช่น เยื่อบุตาซีด 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเบื่ออาหารและเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อครบการรักษา 4. กระตุ้นให้ดูแลช่องปากตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับความสำคัญของสารอาหารที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง พร้อมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการหายจากโรคมะเร็ง 6. แนะนำการรับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียน Metoclopramide 1x3 oral ac ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารและเจ็บแสบปาก รับประทานอาหารได้มื้อละ 8-10 คำ 2. ค่า BMI = 18.46 กก./ตรม. (ค่าปกติของคนเอเชีย 18.5 – 22.9) Albumin 3.45 g/dl Hb = 9.5 g/dl, Hct = 29.7 % 3. ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV มีผลข้างเคียง คือ เยื่อบุช่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	7. กระตุ้นให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย 8. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร หรือหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทาน 9. แนะนำผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ให้รับประทานร่วมกันพร้อมญาติ 10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin, CBC **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นอย่างน้อยมื้อละครึ่งชาม อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง เยื่อบุตาไม่ซีด BMI เพิ่มขึ้นเป็น 19.18 กก./ตรม. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของวันที่ 29 มกราคม 2568 Albumin = 4.2 g/dl, Hb = 10.8 g/dl, Hct = 35.6 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่าช่วงที่รับยาเคมีบำบัด ไม่อยากจะกินอะไรคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และเจ็บแสบปาก อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง 2. ผล CBC 11/12/67 Hb = 12.2 g/dl, Hct = 39.0 %หลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1 Hb = 9.5 g/dl, Hct = 29.7 % **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีด	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซีดได้ 2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูง จำพวก เนื้อสัตว์ นม ไข่ ตับ เครื่องใน ผักใบเขียวเข้ม เช่น ผักโขม คะน้า และธัญพืช 3. เพิ่มวิตามินซีในมื้ออาหารเพื่อช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ส้ม มะเขือเทศ และฝรั่ง 4. หลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟระหว่างมื้ออาหาร เนื่องจากสารแทนนินอาจลดการดูดซึมธาตุเหล็ก 5. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6–8 แก้ว เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังการเกิดอันตรายจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีด เช่น หน้ามืดหกล้ม และระมัดระวังการเคลื่อนไหว เช่น การลุกนั่งช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหน้ามืดหรือหกล้มจัดบ้านหรือสถานที่อยู่ให้สะดวกและปลอดภัย ไม่มีของวางกีดขวางทางเดิน 7. แนะนำผู้ป่วยการออกกำลังกายเบาๆ อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากเกินไป เช่น การออกกำลังกายหนัก หรือการยกของหนัก 8. สังเกตอาการของภาวะซีด เช่น อ่อนเพลียผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ หายใจลำบาก หรือหน้าซีด หากมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น ใจสั่น หายใจเร็ว หรือเหนื่อยง่ายแม้ขณะพัก ควรแจ้งแพทย์ทันที 9. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC 10. รับประทานยาบำรุงเลือด ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด **การประเมินผล** ภาวะซีดของผู้ป่วยดีขึ้น ผล Lab ของวันที่ 25 ธันวาคม 2567 Hb =11.2 g/d, Hct=36.2 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายระหว่างรับการรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด **ข้อมูลสนับสนุน**	1. แนะนำดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1.1 การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ 1.2 อาบน้ำด้วยสบู่ที่อ่อนโยนทุกวัน และหลีกเลี่ยงการใช้ฟองน้ำหรือสิ่งที่อาจทำให้ผิวหนังถลอก 1.3 แปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่ม และใช้น้ำยาบ้วนปากที่ปราศจากแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการอักเสบในช่องปาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยแจ้งว่าหลังได้รับยาเคมีประมาณ 1 สัปดาห์จะมีอาการอ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว 2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมี ซึ่งกดการทำงานของไขกระดูก 3. ค่า WBC 4.38 103/uL ค่าปกติคือ 4.80-10.80 103/uL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับการรักษา	2. การดูแลอาหารและโภชนาการ โดย 2.1 ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ หลีกเลี่ยงอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เช่น ปลาดิบ หอยนางรมสด และไข่ดิบ 2.2 ให้ดื่มน้ำสะอาด หรือผ่านการกรอง หลีกเลี่ยงน้ำจากแหล่งที่ไม่แน่ใจว่าสะอาด 3. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค ได้แก่ 3.1 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น ตลาดสด หรือรถโดยสารที่มีคนพลุกพล่าน 3.2 หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด หรืออีสุกอีใส 4. การดูแลผิวหนังและการป้องกันบาดแผล โดย 4.1 ให้ใช้ครีมบำรุงผิวเพื่อป้องกันผิวแห้งแตกและระคายเคือง และหากเกิดแผล ควรล้างด้วยน้ำสะอาดและปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่สะอาด 4.2 แนะนำผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอและลดความเครียด โดยควรนอนหลับอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมงต่อคืน 5. ในวันที่มารับเคมีบำบัดจะมีการติดตามผลการตรวจ CBC ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้ง และหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วง 7-14 วัน 6. ตรวจวัดติดตามสัญญาณชีพ ก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้ง เพื่อประเมินอาการผิดปกติโดยเฉพาะอาการไข้ 7. แนะนำผู้ป่วยติดตามสุขภาพตนเอง เช่น วัดไข้เป็นประจำ หากมีไข้เกิน 38°C หรือรู้สึกผิดปกติ เช่น เจ็บคอ ปวดหัว หรือผิวหนังบวมแดง ควรแจ้งและแจ้งทีมรักษาทันที 8. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติอ่านคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและนำติดตัว มาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพราะถ้าผลเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะให้ยาเคมีบำบัดได้พยาบาลจะลงค่าผลเลือดให้ในคู่มือ เพื่อสามารถสื่อสารให้กับโรงพยาบาลใกล้บ้านในกรณีที่มีอาการไข้แล้วไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน **การประเมินผล** 1. ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายผลเลือดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2568 ค่า WBC=6.62 103/uL 2. ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อได้ 9 ใน 10 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาตามแพทย์นัด เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การวินิจฉัยโรค CA Rectum Stage II T3N0M0 ได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Moderately Differentiated Adenocarcinoma ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV พบผู้ป่วยกรณีศึกษาดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปากเจ็บคอ 2) ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะได้ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV 3) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย 4) ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีด 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายระหว่างรับการรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาปัญหาและให้การพยาบาล โดยใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาเป็นกรอบแนวคิด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข[5,8]

ข้อเสนอแนะ

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดปัญหาและอาการต่าง ๆ กับผู้ป่วยมากมาย เช่น ความเจ็บปวด การติดเชื้อ และความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทั้งต่อการรักษาและการดำเนินโรค การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความใส่ใจในทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณยศ ชัยอาจ, ชัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยวาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;11(3):37-44.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
3. สุขุมพันธ์ เก่าเจริญ. แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nakornthon.com/article/detail/แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่?utm_source=chatgpt.com
4. Stanboroug JR. Everything You Should Know About Mouth Sores from Chemotherapy [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://www.healthline.com/health/mouth-sores-from-chemo
5. ศิยามล มิ่งมาลัยรักษ์. คีโม เคมีบำบัด (Chemotherapy) สู้มะเร็ง วิธีให้ ผลข้างเคียง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/chemotherapy?utm_source=chatgpt.com
6. วรเศรษฐ์ สายฝน. ผลข้างเคียงทั่วไปและการดูแลตนเองเบื้องต้นจากยาเคมีบำบัด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/chemotherapy-advice-2/?utm_source=chatgpt.com
7. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. การดูแลรักษาอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mskcc.org/th/cancer-care/patient-education/managing-your-chemotherapy-side-effects?utm_source=chatgpt.com
8. อภิญญา กุลทะเล, วรุณศิริ ปราณีธรรม. การศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ต่อเยื่อบุช่องปากอักเสบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;41(3):32-43.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

The effects of empowerment on self-care behavior and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes.

(Received: October 21,2024 ; Revised: March 8,2025 ; Accepted: March 9,2025)

เพียรมะสอน หมื่นห่อ[1]
Peanmason Muenhor[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ที่ขึ้นทะเบียนรับการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จำนวน90 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตาม เนื้อหาและหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาคได้เท่ากับ 0.872 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง(M= 9.782 ,SD =1.811) ลดลงหลังการทดลอง(M= 8.498 ,SD= 1.853) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลอง(M=3.479, SD =.468) หลังการทดลองเพิ่ม(M= 3.735, SD= .418) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) และ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research was quasi-experimental study aimed at examining the effects of Empowerment on self-care behaviors and HbA1c levels among type 2 diabetic patients who have been unable to control their blood sugar levels. The sample group consisted of type 2 diabetic patients registered for outpatient care at Nakhon Phanom Hospital, with a total of 90 patients. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected using a questionnaire, and the tool's quality was verified through content validity and reliability, with a Cronbach's alpha of 0.872. Data were analyzed using descriptive statistics paired t-test, and independent t-test.

The results: after the intervention, the average blood sugar levels (HbA1c) of the experimental group significantly decreased from M = 9.782, SD = 1.811 before the experiment to M = 8.498, SD = 1.853 post-intervention (p-value < 0.001). The average self-care behavior score of the experimental group increased significantly from M = 3.479, SD = 0.468 before the intervention to M = 3.735, SD = 0.418 after the intervention (p-value < 0.01). A statistically significant difference was observed in HbA1c levels and self-care behavior between the experimental and control groups (p-value < 0.001 for HbA1c and p-value < 0.01 for self-care behavior).

Keywords: Empowerment, type 2 diabetic patients

[1] แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในปัจจุบันคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีหลายโรคแต่ที่เป็นปัญหาหลัก 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพราะเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์อันเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ภาวะแทรกซ้อนมีทั้งประเภทเฉียบพลัน เช่น หมดสติ ติดเชื้อรุนแรง และประเภทเรื้อรังมักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่เป็นระยะเวลานานทำให้เส้นเลือดแดงขนาด เล็กและใหญ่แข็งและตีบตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเหตุให้อวัยวะเหล่านั้นเสื่อมสมรรถภาพ พิการ1 นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้น รวมทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา การสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพทั้งของผู้ป่วยเองและผู้ดูแล และผลกระทบอื่น ๆ อีกมากมาย และแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานก็มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

สถาการณ์โรคเบาหวานในปี 2565 พบมีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว 537 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2583 [2] ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน และพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[3] กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ.2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกันและเน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุก กลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน

สำหรับจังหวัดนครพนม จากการายงานของ Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2567 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนดังนี้ 35,833 คน, 37,444 คน, 39,000 คน, 40,736 คนและ 41,792 คน ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงแต่ปีงบประมาณล่าสุดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากดังนี้ปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงดังนี้ 3,719คน , 3594 คนและ 3,373 คนตามลำดับ แต่ปีงบประมาณ 2566 เพิ่มเป็น 3,906 คน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลนครพนมพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ.2567ตามลำดับดังนี้ 7,514 คน, 7,794 คน, 8,372 คน คนและ 8, 568 คน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากถึง ร้อยละ 70.58 [4]

เบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลควบคุมตนเองในด้านต่างๆตลอดชีวิต โดยเป้าหมาย

ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดอย่างไรก็ตามมีปัจจัยหลายประการที่พบว่าเป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เช่น การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจ เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขต้องหาแนวทางเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจเหล่านี้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เขารู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของตนเองได้ และทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นไปตามที่คาดหวัง คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ตามแนวคิดของกิบสัน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบและรับทราบสถานการณ์จริง (discovering reality) ซึ่งจะก่อให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (cognitive response) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งบริบทของตนเป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล 3) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ปัจจัยที่สนับสนุนหรือกระตุ้นให้บุคคลเสริมสร้างพลังอำนาจของตน ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ที่จะสนองความต้องการของตนเอง และมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (influencing factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความคับข้องใจ (frustration) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลได้พัฒนาตามขั้นตอนต่าง ๆ[5]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นดังนั้นวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยครั้งนี้จะได้แนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก่อนและหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง

2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1.ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง

2.พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

3.ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

4. .ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-post Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ขึ้นทะเบียนรับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ในปี 2567 จำนวน 6,047คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ที่ขึ้นทะเบียนรับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ปี 2567 จำนวนประมาณ 6,047 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 และค่า α ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เป็นกลุ่มละ 48 คน รวมการศึกษาครั้งนี้เป็น 96 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1.เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

1.1โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยประยุกต์มาจากทฤษฎีของ Gibson(1993) ในการทดลองโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบและรับทราบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) โดยจัดเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

1.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยมีดังนี้

2.1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบบสอบถามมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และดัชนีมวลกาย(BMI)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคตามหลัก 3 อ. (อาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (mean 3.68 - 5.00) ระดับปาน

กลาง (mean 2.34-3.67) ระดับต่ำ (mean 1.00-2.33)

2.2.แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามใน informed consent form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) และประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครั้งที่ 1

2. สัปดาห์ที่ 2-12 ปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองตามปกติที่บ้าน

3. สัปดาห์ที่ 13 รวบรวมข้อมูลประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (post-test) และประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครั้งที่ 2

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1-2 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามใน Informed Consent Form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) และประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครั้งที่ 1 ให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แล้วให้กลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน ตั้งไลน์กลุ่มเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบข้อซักถาม

2. สัปดาห์ที่ 2-4 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านตามปกติ

3. สัปดาห์ที่ 5 การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยโทรติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้ในช่วงที่ผ่านมา เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างต่อเนื่อง

4. สัปดาห์ที่ 6-8 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านตามปกติ

5.สัปดาห์ที่ 9 การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยโทรติดตามสอบถามกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้ในช่วงที่ผ่านมา เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างต่อเนื่อง

6.สัปดาห์ที่ 10-12 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านตามปกติ

7.สัปดาห์ที่ 13 ติดตามผลการดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้งที่ 2) และประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ครั้งที่ 2)

ตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ถูกต้อง ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมในการวิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี(ICH GCP) เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ NP-EC11-No 24/2567

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังนี้ ด้านเพศพบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงอายุ มากกว่า 50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.58 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 50.84 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ทั้ง 2กลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปีในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ64.4 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ53.3 และทั้ง 2กลุ่มส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือดพบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8 - 13 % โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.782 % และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 9.804 % แต่ด้านดัชนีมวลกายพบว่ามีความแตกต่างกันคือกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25.0-29.9 คิดเป็นร้อยละ 37.8 แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 23.0-24.9 คิดเป็นร้อยละ 28.9

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) โดยก่อนการทดลองเท่ากับ 9.782 (SD =1.811) ลดลงเป็น 8.498 (SD= 1.853) ดังตารางที่ 1 และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) โดยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.479 (SD =.468) เพิ่มขึ้นเป็น 3.735 (SD= .418) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร HbA1C	N	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	45	9.782	1.811	-3.845	44	.000
หลังทดลอง	45	8.498	1.853			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง	N	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	45	3.479	.468	2.703	44	.01
หลังทดลอง	45	3.735	.418			

3.การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.782 (SD=1.811) และหลังการทดลองลดลงเป็น 8.498 (SD=1.853) ส่วนกลุ่ม

ควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ9.804 (SD=1.798) และหลังการทดลอง10.078 (SD=1.916) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) โดยค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 3.058 (SD= .659) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 3.735 (SD= .418) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ2.823 (SD=.672) และหลังการทดลองเท่ากับ 3.380 (SD=.624)ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
HbA1C	M	SD	df	t	p-value	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	9.782	1.811	88	-0.58	.954	8.498	1.853	88	-3.977	.000
กลุ่มควบคุม	9.804	1.796				10.078	1.916			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
พฤติกรรม	M	SD	df	t	p-value	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	3.058	.659	88	1.675	.098	3.735	.418	76.839	3.168	.002
กลุ่มควบคุม	2.823	.672				3.380	.624			

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันยกเว้นดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน ดังนี้ เพศพบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.58 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 50.84 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ทั้ง 2กลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือดพบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8 - 13 % โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.782 % และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 9.804 % ส่วนดัชนีมวลกายทั้ง 2กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคอ้วนขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษและคณะ[6] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคล้ายกันคือ ส่วนใหญ่มาอายุ 45-59 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้ำหนักเกิน และเป็นเพศหญิง การศึกษาของเนตรนภา บุญธนาพิศาน[7] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 8% และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ภักดีอำนาจ[8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่าการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 กลุ่ม

ไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ และดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนขึ้นไป

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา บุญธนาพิศาน [7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ปะวันนา[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางที่ค่าเฉลี่ย 5.87 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.04โดยมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองลดลงมากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา บุญธนาพิศาน[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรสวรรค์ อิมามีและคณะ [10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < .00) และสอดคล้องกับการศึกษาของสังวาลย์ พิพิธพร[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < .001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ภักดีอำนาจ[8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน

เขตเมือง พบว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจัดทำเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยมีตระหนักรู้และและสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.2 ควรปรับรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยจัดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่จัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายกลุ่มตามสภาพปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่จำเพาะเจาะจงของแต่ละกลุ่มมากขึ้น

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาสภาพปัญหาความต้องการการดูแลและรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มสภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มสภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2.3 ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มสภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1.สมเกียรติ โพธิสัตย์, และคณะ. (2557). การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.

2.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. 10th, editor.Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2021.

3.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, (2565). รายงานประจำปี NCDs 2565 . สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567 , จาก chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1392420230228064621.pdf

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2567). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด. เข้าถึงจาก https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-report-detail/e9e461e793e8258f47d46d6956f12832

5.Gibson, C.H. (1993). A study of empowerment in mother of chronically. Michigan: Boston College.

6.กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุลและสุนีย์ ละกำปั่น. (2019). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนครราชสีมา 25(2) กรกฎาคม-ธันวาคม: 87-103.

7. เนตรนภา บุญธนาพิศาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

8.สุนันทา ภักดีอำนาจ. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 6(2) กรกฎาคม- ธันวาคม: 53-66.

9.มยุรี ปะวันนา. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 8(15) ตุลาคม2566- มกราคม 2567: 70-82

10.พรสวรรค์ อิมามี, นิรัตน์ อิมามี, ยุวดี รอดจากภัยและนิภา มหารัชพงศ์. (2020). ผลของโปรแกรมการ จัดการตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารสุขศึกษา 43(2) กรกฎาคม-ธันวาคม: 78- 91.

11.อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 11(1) มกราคม -มิถุนายน: 66-80.

12.สังวาลย์ พิพิธพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 28(1) มกราคม- เมษายน: 30-42.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

Effects of Paslop exercise program for body composition on working-aged women in Thonburi, Bangkok

(Received: February 7,2025 ; Revised: March 10,2025 ; Accepted: March 14,2025)

กรณ์ภัสสรณ์ ศักดิ์โสภา[1] เบญจรัตน์ จันสน[1]
Kornphassorn Saksopha[1] Benjarat Janson[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือสมุดบันทึกองค์ประกอบของร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้อง น้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สำหรับการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมออกกำลังกาย, องค์ประกอบของร่างกาย, บาสโลป, สตรีวัยทำงาน

Abstract

This research aimed to study the effect of a Paslope dance exercise program on body composition in working women in Thonburi District, Bangkok. The population and sample used in the research consisted of the experimental instrument, which was a Paslope dance exercise program on body composition in working women, and the instrument used for data collection, which was a body composition notebook. The data were analyzed using descriptive statistics and the research hypothesis was tested using Paired Sample t-test and Independent Sample t-test statistics.

The results of the research found that after the experiment, the experimental group had body composition values, including average body weight, body mass index, and abdominal fat levels, which were significantly lower than before the experiment at a statistical level of 0.05. The average waist circumference and body fat percentage tended to decrease but were not statistically different. For the comparison of the results between the experimental and control groups, it was found that the average body fat percentage of the experimental group was significantly lower than the control group at a statistical level of 0.05.

Keywords: Exercise program, Body composition, Paslope, Working-aged women

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ประเทศไทย

บทนำ

วัยทำงานหรือวัยแรงงาน เป็นวัยที่มีบทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไกการขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจและยังเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว จากข้อมูลการสำรวจประชากรในประเทศไทยตามสำนักทะเบียนราษฎร์ มีประชากรทั้งสิ้น 65.9 ล้านคน[1] ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงาน 42.3 ล้านคน โดยกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่เป็นสตรีประมาณ 21.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 49.8 ของประชากรวัยทำงานทั้งหมด[2] จากสภาพการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทางสังคมและภาวะเศรษฐกิจของโลกในปัจจุบัน ทำให้ประชากรในวัยแรงงานมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย มีกิจกรรมทางกายน้อยลง จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะในสตรีวัยทำงานที่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังต้องออกไปทำงานนอกบ้านอีก ซึ่งหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตของสตรีวัยทำงานทั่วโลก คือ ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และความเครียด[3]

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นภาวะที่มีการสะสมไขมันในร่างกายมากผิดปกติ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แย่ลง ส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลทางร่างกาย โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ไขมันจากอาหารผัดทอด คาร์โบไฮเดรตจากอาหารประเภทแป้ง ของหวานหรือน้ำชงที่มีน้ำตาลและนมจำนวนมาก รวมไปถึงการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มีการออกกำลังกายที่น้อยลง และการใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้น[4] ซึ่งโรคอ้วนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีคนอ้วนถึง 20.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยผู้หญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าผู้ชายกว่า 2 เท่าตัว[5]

การดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยวิธีที่สามารถปฏิบัติได้เองและเป็นที่ยอมรับว่าช่วยลดน้ำหนักได้นั้น คือ การออกกำลังกาย โดยสามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ การเต้นแอโรบิค ฯลฯ สำหรับการเต้นแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่งที่ทำได้ง่าย และไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ไขมันที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง และช่วยลดน้ำหนัก[6]

การเต้นบาสโลป เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายแบบที่ต้องใช้อากาศหรือออกซิเจนหรือต้องหายใจเข้าออกในขณะที่เต้น เพื่อนำเอาออกซิเจนไปเป็นตัวช่วยในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนในร่างกาย การเต้นบาสโลปทำให้จิตใจและอารมณ์ผ่อนคลาย ทำให้ผู้เต้นสนุก ซึ่งการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปช่วยให้ผู้เต้นได้ใช้ทุกส่วนของร่างกายในการออกกำลังกาย ได้ขยับทั้งแขน ขา เท้า รวมถึงการโยกย้ายส่ายสะโพกตามทำนองเพลง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้เต้นได้ใช้กล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกายมากยิ่งขึ้น และเพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันที่สะสมอยู่ภายในร่างกาย การเต้นบาสโลปเป็นการเต้นไปพร้อมกับบทเพลงซึ่งจะช่วยทำให้มีอารมณ์ที่สนุกสนาน มีจิตใจที่ดีขึ้น และยังทำให้ได้เจอเพื่อนฝูง ได้พูดคุย สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มผู้เต้น การเต้นบาสโลปเป็นการเต้นที่มีรูปแบบในการก้าวเดิน ทำให้ผู้เต้นได้ฝึกการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ ซึ่งผู้เต้นบาสโลปต้องจำทิศทางในการเคลื่อนไหวให้ได้อันจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้มีความจำที่ดีอีกด้วย[7]

วัตถุประสงค์

1.เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้อง

ก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปในกลุ่มทดลอง

2.เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป

3.เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้องหลังการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Two Group Design) โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ COA No. 670309

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สตรีวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 32,224 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 2) ผู้ที่มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร 3) ผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 4) สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้ 5) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป และสมุดบันทึกกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 โปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน หมายถึง การทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมแบบกลุ่ม 3 ครั้ง คือ

กิจกรรมครั้งที่ 1 “รอบรู้สุขภาพ” เป็นกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ในเรื่องความหมายและประเภทของการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และโทษของการไม่ออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป ทักษะการเต้นบาสโลป ดูวิดีโอการเต้นบาสโลปจากตัวแบบ สาธิตการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป และการฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ ความหมาย และอาหารสำหรับวัยทำงาน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ในครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 “เคล็ดลับสุขภาพ” เป็นกิจกรรมทบทวนความรู้จากกิจกรรมในครั้งที่ 1 ฝึกการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป จังหวะที่ 1, 2, 3 ร่วมกัน วันละไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง โดยปฏิบัติเป็นประจำสัปดาห์ละ 4 วัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำออกกำลังกายในครั้งที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1-2 และมีการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป จังหวะที่ 1, 2, 3 ร่วมกัน โดยมีผู้นำออกกำลังกายเป็นตัวแทนจากกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3-8 วันละไม่ต่ำกว่า 40 นาที โดยปฏิบัติเป็นประจำสัปดาห์ละ 4 วัน

กิจกรรมที่ 3 “ครอบครัวสดใส ใส่ใจดูแล” ครั้งที่ 1-2 ของสัปดาห์ที่ 5 เป็นกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง เพื่อติดตามและประเมินผลการใช้โปรแกรม รวมทั้งให้คำปรึกษาต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งกระตุ้นจูงใจให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัว

2.2 แบบบันทึกผลขององค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้อง ซึ่งทำการประเมินด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องชั่งวัดองค์ประกอบในร่างกาย ยี่ห้อ TANATA รุ่น RD-953-BK

ขั้นตอนในการวิจัย

1. ติดต่อประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข 26 เจ้าคุณพระประยุรวงศ์ เขตธนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของโครงการวิจัย และเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การคัดเข้า และชี้แจงรายละเอียดก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลประวัติส่วนบุคคล และแบบประเมินองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งจดบันทึกลงในแบบบันทึกผลองค์ประกอบของร่างกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รอบรู้สุภาพ” (ครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1) : 2 ชั่วโมง/ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 “เคล็ดลับสุขภาพ” (ครั้งที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 8) : 1 ชั่วโมง/วัน

กิจกรรมที่ 3 “ครอบครัวสดใส ใส่ใจดูแล” (สัปดาห์ที่ 4) : 1 ชั่วโมง/ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองมาประมวลผล ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้อง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Pair Samples t-test

3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Samples t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหาย

แก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี จำนวน 9 คน และ 50–59 ปี จำนวน 9 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 6 คน และ 40-49 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ด้านอาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ อาชีพแม่บ้าน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 20–29 ปี มากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50–59 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ด้านอาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ อาชีพแม่บ้าน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

2. ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และระดับไขมันในช่องท้อง

2.1 ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายด้านน้ำหนัก พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ลดลงมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์ลดลงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 67.59

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 67.09 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p=0.006) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 80.03 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 80.64 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p=0.029)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 67.59 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 80.64 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.090) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 67.09 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เท่ากับ 80.64 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.071)

2.2 ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายด้านเส้นรอบเอว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ลดลงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์เท่าเดิมจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์เท่าเดิมจำนวน 5 คน และลดลงจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 86.63 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 86.15 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีขนาดเส้นรอบเอวลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.196) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 94.40 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 96.67 เมื่อเปรียบเทียบเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่าขนาดเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 86.63 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 94.40 เมื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p= 0.903) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 86.12 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เท่ากับ 96.67 เมื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.909)

2.3 ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายด้านค่าดัชนีมวลกายพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ลดลงมากที่สุด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์เท่าเดิมจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ลดลงจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.74 หลังการทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.53 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p=0.007) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 31.59 หลังการทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 31.86 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p<0.014)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.74 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 31.59 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.127) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.53 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 31.86 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.085)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบองค์ประกอบร่างกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

องค์ประกอบร่างกาย	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	67.59	8.09	67.09*	7.84	80.03	13.13	80.64	12.86
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	86.63	8.71	86.15	9.20	94.40	9.06	96.67*	8.95
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	27.74	2.90	27.53*	2.85	31.59	4.29	31.86*	4.28
ปริมาณไขมันในร่างกาย (%)	39.72	3.58	39.47	3.51	41.03	6.68	41.92	6.77
ระดับไขมันในช่องท้อง	8.98	1.98	8.27*	1.86	9.73	2.33	9.92	2.37

2.4 ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายด้านค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก มากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 4 คน และต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.66 และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำมากจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก มากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และหลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก มากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเท่ากับ 39.72 หลังการทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 39.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.059) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 41.03 หลังการทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 41.92 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p=0.114)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 39.72 ส่วนกลุ่มควบคุมมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 41.03 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p= 0.003) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เท่ากับ 39.47 ส่วนกลุ่มควบคุมมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเท่ากับ 41.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p= 0.003)

2.5 ผลการวัดองค์ประกอบของร่างกายด้านค่าระดับไขมันในช่องท้อง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์สูง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์สูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองมีระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์สูงมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และหลังการทดลองกลุ่มควบคุม มีระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์สูงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าระดับไขมันในช่องท้องภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับไขมันในช่องท้องเท่ากับ 8.98 หลังการทดลองมีระดับไขมันในช่องท้อง เท่ากับ 8.27 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองมีระดับไขมันในช่องท้องเท่ากับ 9.73 หลังการทดลองมีระดับไขมันในช่องท้อง

เท่ากับ 9.92 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.407)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านค่าระดับไขมันในช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับไขมันในช่องท้อง เท่ากับ 8.98 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับไขมันในช่องท้อง เท่ากับ 9.73 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.453) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับไขมันในช่องท้อง เท่ากับ 8.27 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับไขมันในช่องท้อง เท่ากับ 9.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.330)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบองค์ประกอบร่างกายภายในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

องค์ประกอบร่างกาย	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	67.59	8.09	80.03	13.13	67.09	7.84	80.64	12.86
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	86.63	8.71	94.40	9.04	86.12	8.95	96.67	9.20
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	27.74	4.29	31.59	2.90	27.53	2.85	31.86	4.28
ปริมาณไขมันในร่างกาย (%)	39.72	6.68	41.03*	3.58	39.47	6.77	41.92*	3.52
ระดับไขมันในช่องท้อง	8.98	1.98	9.73	2.33	8.27	1.86	9.92	2.37

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้องน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สำหรับการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมโปรแกรมโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เนื่องจากสตรีวัยทำงานส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย และเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมประยุกต์โดยมีท่าการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป ซึ่งมีรูปแบบในการก้าวเดินฝึกการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ โดยจะเต้นเป็นจังหวะอย่างพร้อมเพียงกัน ขยับไปซ้ายที ขวาที มีการเตะเท้าเป็นจังหวะตามเพลง ซึ่งในโปรแกรมผู้วิจัยได้ออกแบบท่าในการออกกำลังกายเป็น 3 จังหวะ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวในทุกส่วนของร่างกาย โดยเต้นควบคู่กับจังหวะเพลงเร็ว มีความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ในอัตราการการออกกำลังกายวันละไม่ต่ำกว่า 40 นาที ปฏิบัติเป็นประจำสัปดาห์ละ 4 วัน ระยะเวลาในการปฏิบัติทั้งหมด 8 สัปดาห์ จะทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานมากขึ้นจากปกติ ช่วยรักษาภาวะน้ำหนักเกิน ลดน้ำหนัก ลดปริมาณไขมันที่สะสมในช่องท้อง[8] ซึ่งหลังจากได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน จึงช่วยให้กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวที่น้อยกว่าก่อนการทดลองจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีเส้นรอบเอวที่ลดลง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายน้อยลงทำให้ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 21 คน

คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับฐิติมา คำคุ้ม และจิรภัทร์ นิสา (2562) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขผลภาพต่อองค์ประกอบของร่างกายและสุขภาพจิตในสตรีวัยทำงาน ตำบลกรูด อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว และไขมันใต้ผิวหนัง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการติดตามผลในระยะยาวของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เขตธนบุรีกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลในการเปรียบเทียบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน ให้มากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อจะได้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมมากยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มเรื่องการควบคุมอาหาร ควบคู่กับการออกกำลังกายในโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในสตรีวัยทำงาน เพื่อจะได้เห็นประสิทธิผลในด้านองค์ประกอบของร่างกายชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปต่อองค์ประกอบของร่างกายในกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อให้สามารถใช้ผลจากการศึกษาอ้างอิงไปยังประชากรได้ในทุกกลุ่มวัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา และขอขอบคุณความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่อาศัยอยู่ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). สถิติจำนวนประชากรเดือนสิงหาคม 2567. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData.
2. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). สถิติประชากรวัยทำงานเดือนสิงหาคม 2567. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/?fbclid=IwAR1DcxyK6bxASem-GZvYIFGJ-DTSL_pcBFzj5Bye00nUYPA7w9ZDJf7pHWQ#/ReportStat/3
3. กรมอนามัย. (2566). กรมอนามัย เผยวัยทำงานสุขภาพแย่ แนะกินถูกหลัก ออกกำลังกาย ลดเครียด. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/010566/
4. รัฐพงศ์ จิวะรังสินี. (2565). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตัวการเพิ่มความเสี่ยงโรคเรื้อรัง. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://www.phyathai.com/th/article/
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). วัยทำงานมีภาวะอ้วน แนะหลัก 3อ 2ส 1ฟ 1น ลดเสี่ยง. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/300465/
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). หลักการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุง. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://www.thaihealth.or.th/
7. Paslop. (2564). Paslop เพื่อสุขภาพ. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2567. เข้าถึงจาก https://paslop.blogspot.com/
8. ฐิติมา คำคุ้ม และจิรภัทร์ นิสาและ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อองค์ประกอบของร่างกายและสุขภาพจิตในสตรีวัยทำงาน ตำบลกรูด อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. บัณฑิตนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

Development of promote the delay of kidney failure model in diabetic patients through health education and motivation to adjust health behaviors at Phibunrak Hospital.

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

รุ่งฤดี ปลัดกอง[1]
Rungrudee Paladkong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มละ ดำเนินการวิจัยระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ดูแลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลของผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังทำกิจกรรมด้วยสถิติ paried t-test

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้เรื่องการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ด้านพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการได้เข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมต่ำลงจาก 10.78 เป็น 8.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.04$, $p < .005$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิตโตลิก/ไดแอสโตลิก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) และอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน การเสื่อมของไต รูปแบบการดูแ ลการสอนสุขภาพ การเสริมแรงจูงใจ

Abstract

This study was action research to develop and study the effects of a model to promote the delay of kidney failure in diabetic patients by teaching health and promoting motivation to adjust polite behaviors at the Diabetes Clinic, Phibunrak Hospital. The sample group consisted of diabetic patients and caregivers in each group. The research was conducted between October 2024 and January 2025. The research instruments consisted of a focus group guideline, an in-depth interview guideline, a non-participatory observation guideline, a patient knowledge and behavior assessment form, and a caregiver knowledge, behavior, and satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed by finding frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis and comparing the mean data of patients and relatives before and after the activity using the paired t-test.

The results of the research found that knowledge about kidney failure prevention before and after participating in the activity was significantly different ($p < .005$). Behavior about kidney failure prevention before and after participating in the activity was significantly different ($p < .005$). The mean blood sugar level after participating in the activity was significantly lower from 10.78 to 8.80 ($t = -4.04$, $p < .005$). The mean

[1] โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

systolic/diastolic blood pressure levels before and after participating in the activity were significantly different ($p < .005$). The glomerular filtration rate (eGFR) before and after participating in the activity was significantly different ($p < .005$).

Keywords: Diabetes, Kidney failure, Health education care model, Motivation enhancement

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบสารอาหารในร่างกาย โดยมีการเกิดความ ผิดปกติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก คือ เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes) เป็นการเกิดของโรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทำให้เซลล์ที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนถูกทำลาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องฉีดฮอร์โมนอินซูลินเข้าสู่ร่างกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes) เป็นการเกิดของโรคเบาหวานที่เกิดจากความไม่สามารถใช้งานอินซูลินในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหรือการผลิตอินซูลินในต่อมน้ำตาลของตับไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดี สุขภาพที่ไม่ดี การสูบ บุหรี่ และความอ้วน[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก[2] ในปี 2564 ประชากรประมาณ 422 ล้านคนทั่วโลกถือว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นจากปี 2523 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 108 ล้านคนเท่านั้น นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต โดยประมาณ 1.6 ล้านคนเสียชีวิตในปี 2564 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2543 ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพียง 1 ล้านคนเท่านั้น ในประเทศไทยก็มีความรุนแรงไม่แตกต่างจากสถานการณ์ทั่วโลก[3] โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.7 ล้านคน เทียบเท่ากับประมาณ 8% ของประชากรทั้งหมดในประเทศ อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยประมาณ 8-10% ต่อปี และอัตราการเสียชีวิตประมาณ 63,000 คน อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมทั้งหมด 1,263 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 403 คน คิดเป็นร้อยละ 31.90 ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็นระยะของโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 จำนวน 77 คน ระยะที่ 2 จำนวน 57 คน ระยะที่ 3 จำนวน 198 คน ระยะที่ 4 จำนวน 42 คน และระยะที่ 5 จำนวน 29 คน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม[3] ภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 และอาจมีผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนกับไต โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตวาย ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าโรคไตเรื้อรัง (diabetic nephropathy) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ไตเรื้อรัง เนื่องจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดที่ไตทำให้ระบบกรองของไตเสื่อมสภาพ ซึ่งผลให้โปรตีนและสารอันตรายสะสมในร่างกายเริ่มสะสมในไต ภาวะนี้ถ้าไม่ได้รักษาต่อเนื่องอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย (end-stage renal disease) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณหรือสัดส่วนที่ไม่พอดี ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารรสหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยมีการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นจึงทำให้มีกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง อยู่ในภาวะความเครียดประกอบกับผู้ป่วยบางรายยังคงสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหากไม่มีการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[1]

ที่ผ่านมาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมของอำเภอพิบูลย์รักษ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA1C > 10%) โดยให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผ่านการให้บริการร่วมกับคลินิกโรคไต ได้ให้ความรู้สุขศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยวด้วยวิธีการแบบRoutine ซึ่งไม่ได้ค้นหาหรือประเมินปัญหาในเชิงลึกของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างจริงจัง ซึ่งในความเป็นจริง ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหาและความต้องการที่ไม่เหมือน ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการออกแบบบริการสุขภาพรวมทั้งแนวปฏิบัติที่ใช้ยังเป็นข้อมูลการดูแลแบบรวมกลุ่ม ไม่ชี้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง ดูแล และติดตามประเมินผลที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีโดยการชะลอไตเสื่อมเรื้อรังต้องเริ่มชะลอในระยะที่ 3 พยาบาลเป็นบุคลากรที่สามารถใช้บทบาทการเป็นผู้สอนสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเลือกใช้วิธีการสอน เลือกแนวคิดที่นำมาออกแบบการสอนได้อย่างหลากหลาย แต่อย่างไรก็ดีการสอนสุขภาพประสบผลสำเร็จผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเนื้อหาที่พยาบาลสอนให้พร้อมมีการวัดประเมินผลตามระยะที่กำหนดไว้ เนื่องจากการชะลอไตเสื่อมนั้น ผู้ป่วยต้องนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้รู้อยู่ร่วมกับโรคอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจำเป็นต้องใช้ทักษะการเสริมแรงจูงใจ การติดตามความรู้ การติดตามพฤติกรรมและให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการสอนทางทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ จะช่วยกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเองและการดำเนินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องใช้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดของแพทย์ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดต่อการสอนสุขภาพในระยะต่อเนื่อง[4] โดยพยาบาลควรใช้ค่าบ่งชี้การชะลอไตเสื่อมเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาอธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับค่าบ่งชี้การชะลอไตเสื่อมที่ตรวจพบอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้การสนับสนุนข้อมูลสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล อนึ่งพยาบาลต้องตระหนักว่าการสอนสุขภาพแก่ผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อมคือการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่พึงปฏิบัติควบคู่กับการทำให้ที่อื่นบนคลินิก เพราะข้อค้นพบจากการวิจัยบ่งชี้ชัดว่าการสอนสุขภาพสามารถช่วยชะลอไตเสื่อมเรื้อรังในระยะที่ 3 ได้จริง

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ส่งผลต่อระบบไตได้โดยตรง การดูแลและการรักษาโรคเบาหวานอย่างถูกต้องและเข้มงวดสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตวายเรื้อรังได้มาก ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน จึงต้องการศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ เพื่อนำรูปแบบที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมด้วยการสอนสุขภาพและ

เสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิสและแม็คแทกการ์ท[5] ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe) และ 3) การสะท้อนคิด (Reflect) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะนำสู่ 4) การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Revised plan) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนทัศน์ของการสอนสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย มโนทัศน์สำคัญในการสอนสุขภาพของการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดวัตถุประสงค์ในการสอนสุขภาพ การกำหนดสถานที่ วิธีการสอนและระยะเวลาที่ใช้สอนสื่อการสอน เนื้อหาความรู้ที่ใช้สอนและการประเมินผลการสอนสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบท ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[5] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลพื้นที่วิจัย คือ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ซึ่งที่มีผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1, 2 และ 3 จำเป็นต้องได้รับการชะลอการเสื่อมของไต ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบท ดำเนินการระหว่างวันที่ 1ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart[5] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) มี 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1) สำรวจสถานการณ์ปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลการชะลอภาวะไตเสื่อม

กิจกรรมที่ 2) ประชุมคณะทำงานหารูปแบบกิจกรรมทั้งในคลินิก

กิจกรรมที่ 3) ประชุมชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Act) มี 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4) จัดระบบการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังเชิงรุกที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

กิจกรรมที่ 5) พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จัดบริการ “คลินิกเบาหวาน” ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญที่สุด เพราะผู้ป่วยต้องได้รับทั้งในด้านความรู้ทักษะการปฏิบัติ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ การดูแลรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น โดยต้องอาศัยองค์ประกอบของทีม อธิบายโดยสังเขป ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการ

ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ สอนความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เป็นผู้เชื่อมประสานงานระหว่างทีมที่มีประสิทธิภาพ

2. ทีมแพทย์ ซึ่งอาจประกอบไปด้วยอายุรแพทย์สาขาต่าง ๆ เช่น ต่อมไร้ท่อ อายุรแพทย์ทั่วไป เป็นต้น ที่ร่วมดูแลผู้ป่วย และอายุรแพทย์โรคไตต้องเป็นแพทย์เจ้าของไข้ ทำหน้าที่อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรค ค้นหาสาเหตุ วินิจฉัย รักษา และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษา

3. เภสัชกรคลินิก ให้ความรู้เรื่องยา เช่น ชนิดของยาที่มีพิษต่อไต การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนการจัดการอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น

4. โภชนาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหาร เครื่องปรุงรส การประกอบอาหารให้เหมาะสมกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงตามกรณีของผู้ป่วย

5. นักกายภาพบำบัด สอนวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค

6. ผู้ป่วยและครอบครัว ทำหน้าที่เป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพในการรับข้อมูล ร่วมวางแผนในการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย จัดการสุขภาพตนเองและมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

กิจกรรมที่ 6) การติดตามค่าบ่งชี้ทางคลินิกและการสอนสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลติดตามค่าบ่งชี้ทางคลินิกตามแผนการรักษา เช่น ดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (BMI) ความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม(HbA1C) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าครีเอตินิน (Scr.) ค่ายูเรียในเลือด (BUN) ค่าเกลือแร่ในเลือด โดยเฉพาะโปตัสเซียม (K+) และอื่น ๆ ทั้งนี้ต้องสอนสุขภาพให้สอดคล้องกับค่าบ่งชี้เหล่านี้ โดยแสดงหลักฐานที่ตรวจพบให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็น พร้อมอธิบายความรู้ประกอบ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 7) การเสริมแรง อาจใช้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยพยาบาลให้การเสริมแรงได้ ดังนี้ การพูดสะท้อนคิดถึงผลดีผลเสียที่เกิดขึ้น สิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพอาจจะเกิดขึ้น ตามความจริงเสริมแรงทางลบโดยให้เข้าชมการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย และเสริมแรงทางบวกโดยพูดให้กำลังใจ และให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบที่ดีในการชะลอไตเสื่อมได้ประสบผลสำเร็จ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 8) การสร้างให้รับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การสอนสุขภาพในคลินิกให้เกิดผลสำเร็จ พยาบาลอาจมีแนวคิดในการสอนหลายแนวคิดและทฤษฎี เช่น การใช้แนวคิดการจัดการตนเอง การใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แนวคิดการเพิ่ม การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการสร้างการรับรู้ในการคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย

<u>ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe)</u> มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 9) ติดตามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องให้แบบบันทึกพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมพร้อมคู่มือความรู้การชะลอไตเสื่อมให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาและปรับพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามทุก 6 เดือน ซึ่งช่วงเวลาจะยาวนานเกินไป พยาบาลอาจใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลทุก 3-4 สัปดาห์ โดยสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัว ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ อาการที่เป็นปัจจุบัน พร้อมการให้คำแนะนำตามกรณี เป็นต้น การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจะเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกในเวชเบียนของผู้ป่วยทุกครั้ง อนึ่งเวลาที่ใช้สอนจะสอนจะอยู่ในช่วง 30-60 นาที/ครั้ง ในผู้ป่วยที่พึ่งตรวจพบว่าเป็นโรคไตเสื่อมระยะที่ 3 ต้องได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพมีรูปแบบ โดยนัดผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มสอนความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ให้เรียนรู้ประสบการณ์

จริงจากตัวแบบ ในสัปดาห์ที่ 1-6 และให้เรียนรู้ด้วยการฝึกทักษะจริงในสัปดาห์ที่ 7-12

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) มี 1 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 10) คณะทำงานทบทวนสรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) จากการตรวจครั้งล่าสุด อยู่ระหว่าง 30 – 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และมารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) จากการตรวจครั้งล่าสุด อยู่ระหว่าง 30 – 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และมารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มผู้ดูแล จำนวนอาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ผู้วิจัยกำหนดได้[6] ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัว (Data Saturation) และความพอเพียงของข้อมูล (Data Sufficiency)

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1 อายุ 18 ปีขึ้นไป

1.2 ไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน ที่อาจส่งผลต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 มีอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) จากการตรวจครั้งล่าสุด อยู่ระหว่าง 30 – 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

1.4 ยินดีเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1 มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาล

2.2 ยินดีเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1 ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

1.2 ย้ายที่อยู่ ติดต่อไม่ได้

1.3 ขอออกจากโครงการ

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกบาหวาน

2.1 ลาศึกษาต่อ หรือ ย้ายที่ทำงาน

2.2 ขอออกจากโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ และผู้ดูแลผู้ป่วย

1.3 แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจและมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่น[7]

1.4 อุปกรณ์เสริมในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้น ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านผู้ป่วยเบาหวาน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิบัตรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ดูแลและโรคร่วม

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการวิจัย และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ แบ่งการประเมินความรู้ โรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

3. แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการวิจัย และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว สิทธิบัตรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการวิจัย และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ แบ่งการประเมินความรู้ โรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ

3. แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการวิจัย และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการวิจัย และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 12 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับต่ำมาก ถึงคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม แบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยไต 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบ ดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบฯ ค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบฯ รายข้อ (IOC) ระหว่าง 0.80 - 1.00 แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และนำรูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย

เบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม แบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและอยู่ในพื้นที่ตำบลอื่น นำแบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficiency) ได้เท่ากับ 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ

แบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficiency) ได้เท่ากับ 0.90, 089 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ 3 วิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวมรวบข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จำนวน 4 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน ตามวัน และเวลาที่ได้นัดหมาย โดยใช้คำถามตามแนวทางในการสนทนากลุ่ม สถานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที ต่อการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับการใช้แบบบันทึกภาคสนาม (Field notes) และเครื่องบันทึกเสียง การดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้แนะนำตัวเอง จากนั้นเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัย และกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการสนทนากลุ่ม ระหว่างการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ภายหลังการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแต่ละประเด็นเบื้องต้น หากพบว่าข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่สมบูรณ์ในบางประเด็น อาจมีการนัดหมายเพื่อทำการสนทนากลุ่มอีก 1 - 2 ครั้ง โดยจะมีการนัดหมายล่วงหน้า 1 - 2 วัน เพื่อกำหนดวันร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน ที่ยินดีให้ข้อมูล ตามวัน เวลา ที่ได้มีการนัดหมาย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้ง ประมาณ 45 นาที ถึง 60 นาที ร่วมกับการใช้แบบบันทึกภาคสนาม (Field notes) และเครื่องบันทึกเสียง สำหรับเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตลอดกระบวนการสัมภาษณ์ โดยเริ่มขั้นตอนจากการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ จากนั้นเริ่มสัมภาษณ์ตามประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ และเจาะลึกในบางประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยคำถามที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะไม่เร่งรัดในการขอคำตอบหากผู้ให้สัมภาษณ์ยังไม่พร้อมให้ข้อมูล หรือไม่ต้องการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะผ่านในข้อคำถามนั้นไปก่อน ก่อนเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ มีการกล่าวขอบคุณ และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแต่ละประเด็นเบื้องต้น หากพบว่าข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่สมบูรณ์ในบางประเด็น อาจมีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์อีก 1 - 2 ครั้ง โดยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 - 2 วัน เพื่อกำหนดวันร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้สัมภาษณ์

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะเข้าไปสังเกตการณ์การให้บริการ ณ จุดให้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ สังเกตการณ์การให้บริการ การให้ข้อมูล การสนทนาระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รวมถึงกระบวนการทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ก่อนที่จะนำมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังทำกิจกรรมด้วยสถิติ paried t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation technique) 1. ด้านข้อมูล (Data triangulation) ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นจริงของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งในประเด็นคำถามเดียวกัน ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากแหล่งเวลาที่ต่างกัน (Time) เก็บข้อมูลจากแหล่งบุคคลที่ต่างกัน (Person) และเก็บข้อมูลแหล่งสถานที่ต่างกัน (Place) และ 2. ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) จากหลายวิธีที่แตกต่างกันคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เลขที่ NHREC 01067

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 74 ปี (S.D.= 7.08, Range 62 - 86) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องอาศัยผู้ดูแล ร้อยละ 13.33 ด้านโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 85.71, 35.71 และ 14.29 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,700 บาท อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.66 ด้านโรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.66 และมีถึงร้อยละ 16.67 ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูผู้ป่วยเบาหวานเป็นบุตร/สะใภ้ คิดเป็นร้อยละ 40.00

2. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

2.1 ด้านผู้ป่วย

2.1.1 เปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และดับความดันโลหิต และระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนละหลังการร่วมกิจกรรม พบว่า ด้านความรู้เรื่องการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ด้านพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการได้เข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสม ต่ำลงจาก 10.78 เป็น 8.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.04$, $p < .005$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิตโตลิก/ไดแอสโตลิก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) และอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

2.2 ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

2.2.1 เปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนละหลังการร่วมกิจกรรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p

<0.05) โดยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี 4 ด้าน และเพิ่มขึ้นระดับพอใช้ 2 ด้าน

2.2.2 เปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนละหลังการร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) โดยเพิ่มขึ้นจากระดับมาก เป็นระดับมากที่สุด 4 ด้าน และเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมากที่สุด 1 ด้าน

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสอนสุขภาพและเสริมแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุภาพ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาโรคไตเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ซึ่งมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่ครอบคลุมทั้งในคลินิกบริการ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ส่วนใหญ่พบว่า ด้านความรู้เรื่องการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .005) ด้านพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .005) ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการได้เข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมต่ำลงจาก 10.78 เป็น 8.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.04, p < .005) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิตโตลิก/ไดแอสโตลิก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .005) และอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .005) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพรรณ พานทอง[8] พบว่าระดับความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเบญจมาส เรืองดิษฐ์และคณะ[9] พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารการผ่อนคลายอารมณ์และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) การศึกษาของจันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ[10] พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในระยะของโรคของตนเองและมีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น รวมถึงการศึกษาของมนัชญา เสรีวิวัฒนา และคณะ[11] พบว่าเกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหา มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้อง มีการสร้างความรอบรู้ด้วยวิถีอาหารปลอดภัย การใช้สมุนไพร ยาชุดที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมของได้ อัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาคือ 47.09 เป็น 49.53 ส่วนใหญ่ผลการชะลอไตเสื่อมที่มีการเปลี่ยนระยะของโรคไตเรื้อรังดีขึ้น ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพรรณ พานทอง[8] พบว่ามีระดับอัตรากรองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม การศึกษาของเบญจมาส เรืองดิษฐ์ และคณะ[9] พบว่าผู้ป่วยสามารถชะลอภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระดับซีรั่มครีเอตินินที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) การศึกษาของจันทร์เพ็ญ ประโยงค์และคณะ[10] พบว่าการทำงานของไตจากค่า eGFR สามารถชะลอการเสื่อมของไต ร้อยละ 94.44 รวมถึงการศึกษาของ มนัชญา เสรีวิวัฒนาและคณะ[11] พบว่าการทำงานของไตประเมินจากค่า eGFR ดีขึ้น ร้อยละ 80 ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะและโปรตีนในปัสสาวะดีขึ้นจากเดิม ร้อยละ 80 นอกจากนั้นยังเกิดการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นไปตามบริบท ซึ่งบางกิจกรรมอาจไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ดังนั้นโรงพยาบาลที่จะนำผลการวิจัยไปใช้

จึงควรยึดสถานการณ์ปัญหา ศักยภาพ ภายใต้บริบทของพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ของการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งควรส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2.ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ที่พัฒนาขึ้น เพื่อต่อยอดและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2560.
2. World Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 5]. Diabetes. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานและเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563
4. Kanyakan K, Chareonyut N, Kosalvitr T, Bunyaniwarawat N. พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอ เมือง จังหวัดอุบลราชธานี. UBRU Journal for Public Health Research. 2019 Dec 27;8(2):32-42.
5. Kemmis S, McTaggart R. (Eds.). The action research reader. Victoria: Deakin University Press; 1988.
6. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of school psychology. 2005 May 1;43(3):177-95.
7. Chantawanit S. Qualitative research methods. 18th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
8. อุไรวรรณ พานทอง. การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูป แบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร 2561; 1(2): 48-58.
9. เบญจมาส เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, ชูลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(3) : 194-207.
10. จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, กชกร พุทธา, วินัย กล่อมแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563 ; 29(6) : 1035-1043.
11. มนัชญา เสรีวิวัฒนาและคณะ. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 45-56.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน
Development of a nursing model for drug patients at home, home ward

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

สำเนา นิลบรรพ์[1] สุดารัตน์ อรัญญา[2] นันทา ชัยพิชิตพันธ์[3] สุวพร แหลมภู[4]
Sumnao Nilaban[1], Sudarat Arunya[2], Nanta Chaipichitpan[3], Suwaporn Leampoo[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่งานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) จำนวน 414 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 4 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ชุดที่ 2-3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ และชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือนในแต่ละปีด้วยสถิติ Chi-square test การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ด้วยสถิติ Fisher's exact test ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยสถิติ repeated measure ANOVA และคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้ระบบการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) 2) ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ในระยะเวลา 3 ปี (ปี 2565–2567) พบว่า การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) ลดลง ร้อยละ 14.74, 12.50 และ 3.85 ตามลำดับ และปี 2566–2567 ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในระดับมากถึงมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการและคุณภาพชีวิตในแต่ละปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการทั้ง 3 ปี ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This study aimed to develop and study the effects of a nursing model for the rehabilitation of individuals with substance use disorders at home, home ward. The study was conducted from January 2022, to September 2024. The target group for this study consisted of 414 individuals with substance use disorders. There are 4 sets of instruments used in the study: Set 1, general information recording form, Set 2-3, patient and family satisfaction with the service, and Set 4: Quality of Life Questionnaire. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, comparing to readmissions for inpatient treatment within 3 months by Chi-square test, remaining in the follow-up system for 1 year by Fisher's exact test, Patient satisfaction and family satisfaction with services by repeated measure ANOVA, and quality of life by independent t-test.

Results : 1) The nursing model for drug patients at home (home ward) consists of a multidisciplinary team. Home ward for drug addicts has 3 phases: drug treatment phase, rehabilitation phase, and follow-up period using

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
Corresponding author, E-mail: nilabansumnao@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช
[3] ที่ปรึกษา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ (ข้าราชการบำนาญ)
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

a nursing system with case management. 2) Results of the home ward nursing model for drug patients over a 3-year period (2022–2024) found that readmissions for inpatient treatment within 3 months decreased by 14.74, 12.50, and 3.85 percent, respectively, and in 2023–2024, patients remaining in the follow-up system for 1 year (retention) increased by 93.83 and 96.25 percent, respectively. Patients and their families were satisfied with the services they received at high and the highest level including overall quality of life of such patients was at a good level comparing to readmissions for inpatient treatment within 3 months. Patient satisfaction with services and quality of life in each year were significantly different at the .05 level, however, retention rate in the follow-up system for 1 year and family satisfaction with services for all 3 years were no different

Key word: Nursing Model, Home ward, drug-addicted patient

บทนำ

ยาและสารเสพติดก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานปัญหายาเสพติดโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2023 มีประชากร 292 ล้านคนทั่วโลกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดผิดกฎหมายมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ใน 10 ปีที่ผ่านมา ยาและสารเสพติดที่นิยมใช้กันทั่วโลก 3 อันดับแรกคือ กัญชา (cannabis) ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น (opioids/opiated) และแอมเฟตามีน (amphetamine) โดยประมาณการผู้ใช้กัญชาทั่วโลกจำนวน 228 ล้านคน ผู้ใช้ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น จำนวน 60 ล้านคน และผู้ใช้แอมเฟตามีน จำนวน 30 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติด (drug use disorder) มีจำนวน 64 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในห้าปีที่ผ่านมา โดยในกลุ่มนี้มีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 1 คนใน 11 คน เท่านั้น[1] สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดปี พ.ศ.2562 รายงานว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ “เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนประมาณ 3,749,618 คน คิดเป็นอัตราส่วน 74.56 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12–65 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาและสารเสพติด “30 วันก่อนสัมภาษณ์” มีจำนวนมากถึง 1,318,016 คน คิดเป็นสัดส่วน 26.21 ต่อ 1,000 ประชากร โดยเป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด ในอัตราส่วน 31.91 ต่อ 1,000 ประชากร[2] สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 6,106 ราย เป็น 7,139 และ 7,344 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 55.72 และบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 44.28[3] จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่เมื่อผ่านการบำบัดในระยะบำบัดด้วยยามักปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเพียงร้อยละ 30-38 เท่านั้นที่ยินยอมเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าตนเองเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ยังไม่พร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ เป็นระยะเวลานาน ๆ หรือให้เหตุผลว่า ตนเองไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติดแข็งแรงดีแล้วขอกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เป็นต้น

ในช่วงปี 2562–2564 โลกเกิดวิกฤติ COVID-19 ผู้คนเจ็บป่วยล้มตาย โรงพยาบาลทุกประเทศทั่วโลกไม่มีเตียงเพียงพอในการรองรับผู้ป่วย ประเทศไทยก็เช่นเดียวกันจำนวนเตียงในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ วงการสาธารณสุขจึงเกิดแนวคิด home isolation ขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยกักตัวและรับการรักษาอยู่ที่บ้าน หากอาการไม่ดีขึ้นให้มาตรวจซ้ำ ในบางพื้นที่มีการพัฒนา home isolation โดยเพิ่มระบบการดูแลผู้ป่วย อาทิ มีระบบส่งยา ส่งอาหาร พัฒนาระบบการตรวจรักษา สอบถามและบันทึกอาการ ด้วยการติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือและโทรศัพท์ภาพ (video calling) ต่อมาได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วย home isolation ให้มี

การบริหารจัดการคล้ายหอผู้ป่วย แตกต่างกันที่ผู้ป่วยยังคงอาศัยอยู่ในบ้าน มีแพทย์ตรวจอาการ พยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สอบถามอาการ ให้สุขศึกษา และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์หรือโทรศัพท์ภาพ เรียกการบริการนี้ว่า *"Home ward"* นับเป็นช่องทางบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นแนวทางการแก้ปัญหาเตียงเต็มได้เป็นอย่างดี ปัจจุบัน home ward หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่มีมาตรฐานเทียบเคียงได้กับการดูแลให้การพยาบาลในโรงพยาบาล (In Patient Department; IPD) ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์[4]

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพซึ่งนักวิชาชีพจะช่วยพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย โดยการประสานและบูรณาการสนับสนุนการบริการผู้ป่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพและด้านจิตสังคม[5] มีการนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม[6-7] ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด[8-9] ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[10] เป็นต้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse case manager) และเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพในการประเมินปัญหา การวางแผน การจัดการดูแล การประเมินผล และติดตาม เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายคือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วน ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ลดอัตราการกลับมารักษาและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในระบบการพยาบาล รวมถึงระบบการส่งต่อระหว่างชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวภายหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สบยช. เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิดรูปแบบ home isolation ภายหลังจากที่เสร็จสิ้นภาระกิจการดูแลผู้ป่วยโควิดแล้ว ได้เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามภารกิจเดิม ซึ่งในระยะแรกยังไม่สามารถเปิดให้บริการได้เต็มกำลัง ประกอบกับผู้ป่วยยาเสพติดส่วนหนึ่งไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นแต่ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักเกิดความขัดแย้งกับครอบครัวที่ต้องการให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้พ้นจากสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงไปเสพยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น และได้รับการรักษาโดยพักอาศัยอยู่ที่บ้านที่มีความสะดวกสบาย สบยช. ในฐานะที่เป็นสถาบันหลักมีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดรวมถึงมีบทบาทเชิงวิชาการด้านการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย สร้างนวัตกรรม ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ คณะผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาลภารกิจด้านการพยาบาล สบยช. มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนางานวิชาการด้านการพยาบาล และถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมถึงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ขึ้น โดยมี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA)[11] ซึ่งพัฒนาโดย Edwards W. Deming เรียกวงจรนี้ว่า "วงจร

Deming” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปรับปรุง (Act) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบ home ward สบยช. ในระหว่างปี 2565-2567 จำนวน 414 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือในการศึกษา มี 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งคณะผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ข้อมูลการเสพยาเสพติด ชุดที่ 2-3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)[12] ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1–1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 มีความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 มีความพึงพอใจมาก และค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 ความพึงพอใจมากที่สุด[13] นำแบบสอบถามมาใช้ในผู้ป่วยยาเสพติด ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .781 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .881 ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ของกรมสุขภาพจิต[14] ซึ่งพัฒนาโดยแปลเป็นภาษาไทย ผ่านการการทดสอบและนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แปลผลโดยกำหนดเป็นค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1–2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ซึ่งได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.923[15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง และหาข้อบกพร่อง ปัญหา อุปสรรค มาปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการของสถาบันฯ ซึ่งผู้ศึกษาเป็นหนึ่งในทีมงาน มีการประชุมวางแผนการจัดบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดภายหลังสถานการณ์โควิดเบาบางลง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ที่หอผู้ป่วยบางหอถูกปิดลง ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายยาเสพติดที่ยึดผู้เสพเป็นผู้ป่วย ยกเลิกการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยลง และวิเคราะห์ต้นทุนการบำบัด พบว่า ต้นทุนการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ทีมได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรูปแบบ home ward หรือในบางประเทศเรียกว่า care@home สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาได้ภายใน 6 เดือนหลังเข้ารับการรักษาร้อยละ 78 และร้อยละ 95 รายงานว่า ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดมีสัมพันธภาพดีขึ้น[16] มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดการตีตรา ให้การดูแลเป็นรายบุคคล มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นบ้านส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดในขณะบำบัด ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยนำเทคโนโลยีมาช่วยให้การทำงานสะดวกมากขึ้น องค์ประกอบในการบำบัดได้แก่ การบำบัดด้วยยา (medical detoxification) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และการบริการสนับสนุน (service support) โดยใช้ระบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี[17] อีกทั้งสบยช.มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน home

isolation จึงมีมติเห็นว่าควรนำรูปแบบนี้มาพัฒนาเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ได้วางแผนการดำเนินงาน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการติดยาเสพติดไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีอาการทางจิต และสามารถสื่อสารผ่านทางอินเตอร์เน็ตได้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกให้เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยแพทย์ตรวจรักษา และให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกพิเศษการบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมแม็ททริกซ์ (Matrix program) ดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา ให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้หยุด/เลิกยาและสารเสพติดผ่านทาง application line และโทรศัพท์ โดยใน 2 สัปดาห์แรกจะโทรศัพท์ติดตามประเมินอาการขาดยาทุกวัน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ติดตามประเมินอาการสัปดาห์ละ 2 วัน

ขั้นปฏิบัติ (Do) นำไปทดลองใช้ในเดือนมกราคม 2565 กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน เป็นผู้ป่วยสุรา 1 คน ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า 1 คน และผู้ป่วยเสพติดบุหรี่ 1 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) ประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในประเด็นความพึงพอใจต่อการให้บริการและการเสพยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการด้วยวิธีนี้ เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และไม่ขาดงาน ผู้ป่วยเสพติดบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ส่วนผู้ป่วยสุราและยาบ้าลดปริมาณการเสพได้ทั้งสองราย ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยไม่สะดวกพูดคุยกับพยาบาลในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากต้องทำงาน บางรายสัญญาณอินเตอร์เน็ทไม่เสถียร ทำให้การพูดคุยไม่ต่อเนื่อง รวมถึงพยาบาลผู้ปฏิบัติซึ่งมีภาระงานประจำที่คลินิกและไม่พร้อมที่จะติดต่อกับผู้ป่วยในช่วงนอกเวลาราชการ

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำผลการดำเนินการมาเสนอในทีมงาน และร่วมกันพิจารณาปรับปรุง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการร่วมกันพิจารณาปรับปรุง ได้ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน และวางแผนการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงาน care @ home ขึ้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ร่วมเป็นคณะทำงานและได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานด้านวิชาการ

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ให้มีความชัดเจน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยนอกที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ขาดความพร้อมในการอยู่รับการบำบัดภายในโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยในระยะบำบัดยาที่ต้องการลดจำนวนวันนอน ต้องการกลับไปรักษาตัวที่บ้านโดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยในรหัสโรค F10-F19 ตามการประเมิน ICD-10 3) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยาเสพติด (withdrawal symptoms) หรือมีอาการขาดยาเสพติดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 4) มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตเวชที่ไม่รุนแรง หากมีอาการทางจิตต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ 5) บุคคลในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน โดยดำเนินการใน 3 ระยะ

3.1 ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการขาดยาและอาการอยากยา ให้การประคับประคองทางจิตใจ แก้ปัญหาเป็นรายบุคคล ทำกิจกรรมสุขศึกษา และสุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด โรคที่เกิดจากยาเสพติด การรับประทานยา โดย 2 สัปดาห์แรก จะติดต่อผู้ป่วยทุกวัน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ติดต่อผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3.2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 3-4 เดือน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI) ทักษะ

ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การจัดตารางชีวิต และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.3 ระยะติดตาม ส่งผู้ป่วยเข้าระบบการติดตามของสถาบันฯ โดยงานติดตามการรักษา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

มีกิจกรรมสำหรับครอบครัว โดยการให้ความรู้และคำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและการรับประทานยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับจากแผนกผู้ป่วยนอก จะเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะบำบัดยา หากเป็นผู้ป่วยในจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผ่านการบำบัดในระยะบำบัดยามาจากหอผู้ป่วยแล้ว ให้บริการตรวจรักษาและการพยาบาลผ่านระบบ DMS telemedicine

4. จัดหาบุคลากรพยาบาลมาปฏิบัติงานเฉพาะในแบบเต็มเวลา (full time) โดยมอบให้ภารกิจด้านการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการ

5. กำหนดตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาล ได้แก่ 1) การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) 2) การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ และ 4) ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการ

ขั้นปฏิบัติ (Do) ภารกิจด้านการพยาบาลได้กำหนดให้การบริการรูปแบบนี้เป็นงานหนึ่งของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เป็นผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์–กันยายน 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 187 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) ในการติดต่อผู้ป่วยผ่านระบบ DMS telemedicine เกิดปัญหาความขัดข้องทางเทคนิค ทีมจึงแก้ปัญหาโดยสร้างกลุ่มไลน์ผู้ป่วย home ward ขึ้นมาเพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาและอาการทางจิตกำเริบซ้ำ บางรายมีปัญหาทางด้านสังคมจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยได้รับการบำบัดในระยะบำบัดยาเสร็จสิ้นจากหอผู้ป่วยแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล มีการส่งต่อมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ home ward จำนวนมาก ซึ่งบางรายมีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ และขาดนัด (drop out) สูง

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำผลการดำเนินงานเข้าประชุมในคณะกรรมการสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยใน (Patient Care Team; PCT) ร่วมกันพิจารณาปรับปรุง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการได้วางแผนดำเนินการวงรอบที่ 2 ดังนี้

1. กำหนดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

2. ปรับระบบการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) กำหนดให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประสานทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วย เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลในระยะติดตามร่วมกับกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ใช้ระยะเวลาในการติดตามนาน 1 ปี ด้วยกิจกรรมปัญญาสังคม โดยมีการประสานกับชุมชน และครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. เปิดบริการงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) จัดบุคลากรปฏิบัติงานประจำเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน แพทย์ 2 คน และจัดพยาบาลขึ้นเวรปฏิบัติงานนอกเวลาจนถึงเวลา 20.30 น. จัดทำ line official account home ward ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย รวบรวมสื่อวิดีทัศน์

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและทักษะต่างๆ ของสถาบันฯ และสื่อสาธารณะให้ผู้ป่วยศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพิ่มเมนูสายด่วนยาเสพติด 1165 ลงใน line OA เพื่อให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้สะดวกและรวดเร็ว

4. เพิ่มตัวชี้วัดความสำเร็จอีก 1 ตัวชี้วัด คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นปฏิบัติ (Do) นำแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับผู้ป่วยยาและสารเสพติด ระหว่างเดือนตุลาคม 2565–กันยายน 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 120 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) การดำเนินการระยะนี้ได้มีการผลักดันการบริการผู้ป่วยในที่บ้านให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการจัดประชุมวางแผนพัฒนางานร่วมกัน จัดทำคู่มือการบริการ พัฒนาแพลตฟอร์มในการตรวจรักษาและบันทึกข้อมูล (Assistant Technology and Medical Device Research Center : A-MED) สามารถผลักดันการบริการรูปแบบนี้ให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจนประสบความสำเร็จ ขึ้นทะเบียน home ward ยาเสพติด และเบิกค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2566 เป็นต้นมา โดยสถานพยาบาลสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ในระยะบำบัดยาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 30 วัน ส่วนปัญหาการบริการที่พบในระยะนี้ คือ ยังมีหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรูปแบบ home ward ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิตเวช ไม่มีโทรศัพท์ smartphone หรือคอมพิวเตอร์ ไม่มีญาติดูแล เป็นต้น

ขั้นการปรับปรุง (Act) ทีมงานวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน home ward ได้ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี ปรับปรุง และวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การขยายผล

ขั้นการวางแผน (Plan) คณะผู้ศึกษาและผู้ปฏิบัติงาน home ward ได้วางแผนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วย home ward ให้หน่วยงานทราบ และมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยซ้ำก่อนเข้ารับการบำบัด

2. จัดช่องทางพิเศษในการจองเตียงหากผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถาบันฯ

3. จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดบริการผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน เพื่อขยายผลการดำเนินการไปยังสถานพยาบาลทั่วประเทศ

ขั้นปฏิบัติ (Do) ดำเนินการจัดอบรมให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลที่มีความสนใจขยายงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเปิดหอผู้ป่วย home ward จำนวน 3 รุ่น ให้บุคลากรผู้สนใจเข้าร่วมศึกษาดูงาน รวมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการรูปแบบนี้ได้เป็นผลสำเร็จ ในระยะนี้มีผู้ป่วยยาและสารเสพติดเข้ารับการบำบัดระหว่างเดือนตุลาคม 2566–กันยายน 2567 จำนวน 104 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) มีโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมอบรมจำนวน 184 โรงพยาบาล จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ 490 คน ตลอดจนมีบุคลากรจากหน่วยงานและผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆขอมาศึกษาดูงาน ทั้งในสถานที่จริงและผ่านระบบออนไลน์จำนวนมากกว่า 345 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ และคุณภาพชีวิต ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการด้วยสถิติ repeated measure ANOVA ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนพบว่ามีนัยสำคัญ จึงพิจารณาจากค่า Greenhouse-Geisser และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี bonferroni

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต ซึ่งทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ (normality) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

4. เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) ด้วยสถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) พบว่ามีเซลล์ที่มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 25 จึงใช้สถิติ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ คณะผู้ศึกษาชี้แจงให้ข้อมูลวิธีการบำบัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบและลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้ารับการรักษา และผู้ปกครองหรือญาติลงลายมือชื่อเป็นพยาน กรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้ปกครองหรือญาติเป็นผู้ลงลายมือชื่อยินยอมให้การบำบัด การพูดคุยในไลน์กลุ่มมีระบบการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยอื่นและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้เห็นข้อมูลหรือข้อความในการพูดคุยของผู้อื่น กำหนดเฉพาะผู้บำบัดที่ปฏิบัติงานใน home ward ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ และมีรหัสในการเข้าไลน์กลุ่มผู้ป่วย home ward เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา รายงานผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ได้เจาะจงเฉพาะบุคคลใด

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้ระบบการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) สรุปได้ดังภาพที่ 1

การพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณี (case management) และผ่านระบบ DMS telemedicine

ระยะบำบัดยา ระยะเวลา 2-4 สัปดาห์	ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลา 3-4 เดือน	ระยะติดตาม ระยะเวลา 1 ปี
กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย - ประเมินอาการทางกายจิต สังคม ทุกวัน ผ่าน line OA และโทรศัพท์ - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - พบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine เพื่อสั่งการรักษา กรณีมียาประสานเภสัชกร จัดส่งยาทางไปรษณีย์ - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - กิจกรรมบำบัดเฉพาะราย - การจัดการอาการขาดยาและอาการอยากยา - การเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับยาเสพติด - การจัดการตัวกระตุ้น - การจัดการอารมณ์โกรธ - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา **กิจกรรมสำหรับครอบครัว** - ให้คำปรึกษาครอบครัวและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย	**กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย** - ประเมินอาการทางกายจิต สังคม สัปดาห์ละ 2 วัน ผ่าน line OA และโทรศัพท์ - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - ส่งพบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine กรณีที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - กิจกรรมบำบัดเฉพาะราย - การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) - ทักษะในการป้องกันการเสพซ้ำ - การบำบัดความคิดและพฤติกรรม - การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว - ส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา **กิจกรรมสำหรับครอบครัว** - ให้คำปรึกษาครอบครัวและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย	**กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย** - ติดตามการรักษา 4-7 ครั้ง ด้วยกิจกรรมปัญญาสังคมผ่าน line OA และโทรศัพท์ หรือส่งต่อเครือข่ายให้ติดตาม - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - ส่งพบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine กรณีที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา **กิจกรรมสำหรับครอบครัว** - ให้คำปรึกษาครอบครัวและร่วมวางแผนการการดูแลผู้ป่วย

ประชุมวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และให้การดูแลผู้ป่วยตามวิชาชีพ

ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

2. ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดรูปแบบ home ward ในปี 2565-2567 มีจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.57 มีอายุระหว่าง 20–29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.20 รองลงมาคือช่วงอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 32.37 อายุเฉลี่ย 30.74 $\pm$ 9.08 ปี เสพยาเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 46.14 รองลงมาคือ กัญชา และ ไอซ์ ร้อยละ 19.57 และ 13.29 ตามลำดับ โดยเสพยาเสพติด 1 ชนิด ร้อยละ 72.71 หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด home ward คือ หอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ร้อยละ 14.74, 12.50 และ 3.85 ตามลำดับ

2.3 การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ Home ward พบว่า ปี 2567 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ home ward สูงขึ้นกว่าในปี 2566 ซึ่งในปี 2567 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี แต่ในปี 2566 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง

2.6 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ home ward กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ในปี 2565, 2566 และ 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ home ward มีการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ในปี 2566 และ 2567 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในปี 2565, 2566 และปี 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวทั้ง 3 ปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการเป็นรายคู่ด้วยวิธี bonferroni พบว่า ปี 2565 กับ ปี 2567 และปี 2566 กับปี 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปี 2565 และ ปี 2566 ไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบ home ward ปี 2566 และ 2567 มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ซึ่งแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้แนวคิดการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) โดยผู้ป่วยยาและสารเสพติดอาจมีปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจมีมาก่อนและหลังเสพยา ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาในครอบครัว การบำบัดผู้ป่วยยาและสารเสพติดให้เกิดประสิทธิผลควรแก้ปัญหาไปพร้อมกัน จึงจำเป็นต้องมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคอยประสานกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและเป็นหน้าที่หลัก สอดคล้องกับ nautilus senior home care[17] ที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบการดูแลโดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการศึกษาของอมรรัตน์ มณีนิล[10] พบว่า การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และเป็นไปในแนวทางเดียวกับอธิบ ลีธี

ระประเสริฐ[18] ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในที่บ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทำหน้าที่ตรวจรักษา พยาบาล ให้ความรู้การจัดการตนเองผ่านสื่อ/ คลิปวิดีโอ นักโภชนากร ให้ความรู้เรื่องอาหาร นักกายภาพ แนะนำการออกกำลังกายและให้การดูแลเท้า เภสัชกร ส่งมอบยา ค้นหาปัญหาและให้ความรู้เรื่องยา

2. การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ตลอดระยะเวลา 3 ปี มีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำลดลง พยาบาลได้โทรศัพท์ประเมินอาการขาดยา และอาการอยากยาทุกวัน โดยเฉพาะในระยะบำบัดยาช่วง 1-2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการดังกล่าวและให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา ซึ่งบางรายอาจจะมีการกลับไปเสพยาบ้าง (slip) แต่ไม่มีอาการรุนแรงที่ต้องเข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ขุนศรี[8] พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI–V) ที่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติของการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน พบว่า ใน 3 ปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เนื่องจากในปี 2565 มีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในจึงส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบ home ward เป็นจำนวนมาก ในขณะเดียวกันมีพยาบาลปฏิบัติงานเพียง 2 คน และต้องปฏิบัติงานการพยาบาลชุมชน อีกทั้งระบบ DMS telemedicine มักเกิดปัญหาความขัดข้อง ไม่สะดวกในการใช้งาน พยาบาลจึงใช้โทรศัพท์แทน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถติดต่อในช่วงเวลาราชการได้ ทำให้พยาบาลไม่สามารถโทรศัพท์ประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน แต่ในปี 2566 ได้จัดตั้งหน่วยงาน home ward เป็นทางการ และมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำทั้งในและนอกเวลาราชการ ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และจัดทำ Line OA homeward ขึ้น ส่งผลให้สามารถติดต่อและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยจึงกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำลดลง

3. การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 สบยช.ได้กำหนดให้จัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) ขึ้นอย่างเป็นทางการเทียบเท่าหอผู้ป่วย 1 หอ จัดบุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานประจำ จำนวน 4 คน และแพทย์ 2 คน ในระยะการติดตามแต่เดิมกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เป็นหลักในการดำเนินการ มักใช้วิธีการนัดมาติดตามในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยติดตามผู้ป่วยทุกคนที่มารับการบำบัดใน สบยช. ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละ 6,000-7,000 คน[3] ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่มาตามนัดด้วยอัตรากำลังที่มีจำกัดจึงไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการขาดนัด (drop out) เป็นจำนวนมาก แต่ในการบริการระบบ home ward ระยะติดตามนี้พยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการติดตามด้วยตนเองทางโทรศัพท์ ในประเด็นการเสพยา และให้กิจกรรมบำบัดปัญญาสังคมเพื่อเสริมสร้างทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ ประสานงานกับชุมชนและมีการเยี่ยมบ้านในรายที่มีความจำเป็นร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติ SMI-V เป็นต้น แม้ผู้ป่วยบางรายจะเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์แต่จะขอหมายเลขโทรศัพท์ของคนในครอบครัวควบคู่ไว้ กำหนดเป็นข้อตกลงตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัด จึงทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี สูงขึ้น แต่ทั้งนี้ในปี 2565 ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดมีอัตราการขาดนัด (drop out) จำนวนมาก ทำให้มีผู้ป่วยที่อยู่รับการบำบัดได้ครบ 1 ปี ในปี 2566 น้อยมีจำนวนใกล้เคียงกับปี 2567 เมื่อเปรียบเทียบจึงไม่พบความแตกต่าง

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นได้ระบุแนวทางการปฏิบัติในระยะบำบัดยาว่า ในช่วงสัปดาห์แรกของการบำบัดพยาบาลจะโทรศัพท์สอบถามประเมินอาการทุกวัน

ในขณะเดียวกันก็จะสอดแทรกความรู้ต่าง ๆ ทั้งความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และให้คำปรึกษา แนะนำปัญหาของผู้ป่วย โดยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพพยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามและเสริมสร้างทักษะต่าง ๆ ตลอดจนมีการประสานและให้ความรู้กับครอบครัวซึ่งมีความรู้สึกทุกข์ใจกับบุตรหลานที่ติดยาและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ และไม่มีความรู้ในการดูแลบุตรหลาน ดังนั้นเมื่อพยาบาลโทรศัพท์ไปสอบถามและให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ จึงรู้สึกพึงพอใจที่มีคนรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษา ดังเช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลกับพยาบาลว่า ไม่เคยมีใครที่จะพูดคุยกับเขา มีแต่คนกลัวเขา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเสพยาแล้วจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นทั้งคนในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชย และสกลสุภา สิงคิบุตร[19] ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 85.71) และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของอธิบ ลีธีระประเสริฐ[18] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลรูปแบบ home ward มีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2567 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ในปี 2566 จัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำทั้งในและนอกเวลาราชการจนถึงเวลา 20.30 น. หลังจากเวลานี้ยังสามารถติดต่อพยาบาลได้ในไลน์กลุ่ม โดยจะมีผู้ดูแลคอยตอบปัญหาให้คำปรึกษา หรือหากใช้วิธีการโทรศัพท์จะเชื่อมกับสายด่วนยาเสพติด 1665 ทำให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง และในปี 2567 มีการจัดบริการให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ระบบการจองเตียง กรณีที่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ทำให้เพิ่มความสะดวกสบาย ลดเวลาการรอคอยที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากข้อคำถามความพึงพอใจ พบว่าในข้อ “ความใส่ใจของพยาบาลต่อการเจ็บป่วยและความสามารถในการให้การพยาบาล” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.88) เมื่อเปรียบเทียบจึงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวในแต่ละปีมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ซึ่งในการจัดบริการสำหรับครอบครัวทั้ง 3 ระยะ จะเป็นการให้คำปรึกษากับครอบครัวในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีการจัดบริการสำหรับครอบครัวโดยตรง เมื่อเปรียบเทียบจึงไม่พบความแตกต่าง

5. คุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีการวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคล การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การเสริมสร้างแรงจูงใจให้เลิกยา และการฝึกฝนทักษะในการป้องกันการเสพซ้ำ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ การแนะนำแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน การให้คำปรึกษาและการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ มณีนิล[10] พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์และคณะ[20] พบว่า ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Jansen et al.[6] และ Samus et al.[7] ที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12) และการศึกษาของสิดาพร พงษ์ประพันธ์สุภาพ พลสำโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์[15] พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สบยช. ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาในปี 2567 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และสูงกว่าปี 2566 ซึ่งมีผู้ป่วยยาเสพติดบางรายเป็นโรคทางฝ่ายกายร่วมด้วย

เมื่อพยาบาลสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยพบว่ามีโรคร่วมต่าง ๆจะประสานแพทย์เพื่อให้การรักษาควบคู่กันไป และประสานเภสัชกรในการจัดส่งยาให้ หากบางรายไม่สามารถให้การรักษาได้จะให้ข้อมูลและคำแนะนำในการไปรักษาหรือทำหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อ เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการรักษาและหยุดการใช้ยา ร่างกายกลับมาแข็งแรง มีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบจึงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรเพิ่มความหลากหลายของสื่อการสอนออนไลน์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม

2. ควรมีการจัดบริการสำหรับครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องแบกภาระและความอดทนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีกำลังใจสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ตกอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ทรมาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตตามช่วงเวลาของการบำบัด ตั้งแต่ก่อนบำบัด เมื่อครบการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามครบ 1 ปี เพื่อแสดงถึงความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน และนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรดำเนินการวิจัยระยะยาว มีการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบ

3. ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลรูปแบบการบำบัดนี้ เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของการบำบัดที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการ และผศ.ดร. วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงษ์ ที่กรุณาสละเวลาช่วยตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และแก้ไขบทความนี้ให้มีภาษาที่สละสลวย ร้อยเรียงให้อ่านเข้าใจยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol 2024. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2024.
2. มานพ คณะโตและคณะ. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562. บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ). กรุงเทพฯ; 2562.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 พ.ย. 67]. เข้าถึงจาก http://www.pmnidat.go.th/
4. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
5. Giardino A.P, Jesus O. D. Case Management [Internet]. 2023 [cited 28 nov. 23]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214/
6. Jansen, A. P., van Hout, H. P., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R. M., Pot, A. M., et al. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. International journal of nursing studies, 2011;48(8):933–43. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004
7. Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., et al. A multidimensional homebased care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing

independence at home (MIND) pilot randomized trial. The American journal of geriatricpsychiatry, 2014;*22*(4):398–414. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.12.175

8. ปาริชาติ ขุนศรี. ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI–V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2567;27(1):68-82
9. พิณณรัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1):436-47.
10. อมรรัตน์ มณีนิล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1): 79-89.
11. ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย. 2562;1(3):39-46.
12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ Patient Experience Program: PEP [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ธ.ค.67]. เข้าถึงจาก https://www.ha.or.th/TH/Contents
13. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 ธ.ค. 67]. เข้าถึงจาก https://so02.tci-thaijo.org/article/download
14. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้น 26 ธ.ค.67]. เข้าถึงจาก https://dmh.go.th/test/whoqol.
15. สิดาพร พงษ์ประพันธ์ สุภาพ พลสำโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด. วารสารวิชาการเสพติด.2567;8(1):34-47
16. Aware Recover care. In-home Addiction [internet]. [cited 26 Dec. 24]. Available from: https://www.awarerecoverycare.com/
17. nautilus senior home care. Home-Based Addiction Treatment: A New Approach [internet]. 2023 [cited 26 Dec. 24]. Available from: https://www.nautilusshc.com/blog/home-based-addiction-treatment
18. อธิบ ลีธีระประเสริฐ. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568;19(1):188-202.
19. ทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชย และสกลสุภา สิงคิบุตร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(2):168-88
20. สำเนา นิลบรรพ์ เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล ลัดดา ขอบทอง สุกุมา แสงเดือนฉาย ธัญญา สิงโต ศศิธร คุณธรรม และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(3):1-12.

การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิด LEAN (The Development of service model for new cervical cancer patients in Nong Khai Hospital Network by LEAN concept)

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

นิดชรากรณ์ ชัยจันทร์[1]
Nidcharakorn Chaichan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้กรอบแนวคิดลีนในการปรับปรุงพัฒนาการบริการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ และประสิทธิผลทางด้านคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 90.76 และพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 9.24 และผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ มีระดับความพึงพอใจใน ระดับมากที่สุด ร้อยละ 87.10 พึงพอใจระดับ มาก ร้อยละ 11.67 และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.33 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบทีพัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยหลังรับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 100 และผู้ป่วยหลังรับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด/รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 89.29 จำนวนรอบในการเดินทางมาโรงพยาบาลและขั้นตอนในการบริการ (1 รอบ 15 ขั้นตอน) สามารถทำได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 93.33

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, ระบบลีน

Abstract

This study was action research project with the objective of developing a service model for new cervical cancer patients receiving services at the obstetrics and gynecology clinic. Nong Khai Hospital Network. Using the Lean concept framework to improve service development. The purposive sample group of new cervical cancer patients receiving services at the obstetrics and gynecology clinic. Nong Khai Hospital, 30 people. The study period is from October 1, 2023 to May 31, 2024. The tools used in the study are The effectiveness evaluation form of the developed model includes a satisfaction assessment form for staff and new cervical cancer patients. and clinical. Analyze data with statistics Frequency and percentage, average.

The results of the study found that officials were satisfied with the developed service model for new cervical cancer patients. had the highest level of satisfaction, 90.76 %, and very satisfied level, 9.24%, and new cervical cancer patients There is a level of satisfaction in 87.10% were at the highest level, 11.67% were very satisfied, and 1.33% were moderately satisfied. The clinical results of patients using the developed model showed that 100% of patients after receiving a diagnosis of cervical cancer received surgery within 4 weeks. Patients after receiving a diagnosis of cervical cancer received treatment with Chemotherapy/radiation within 6 weeks 89.29%, number of rounds of travel to the hospital and the service steps (1 round, 15 steps) can be performed according to the criteria 93.33 %

Keywords: cervical cancer, lean system.

[1] คลินิกสูตินรีเวช งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยใน 4 ลำดับแรกของโรคมะเร็งในสตรี[1] สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ร้อยละ 13.8 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2563[2] ซึ่งมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งชนิดที่มีระยะก่อนมะเร็ง และคงอยู่เป็นเวลานานหลายปีก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกชนิดก่อนลุกลามส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ในบางรายอาจมีตกขาวมากกว่าปกติ[3] ส่วนมะเร็งในระยะลุกลามขั้นต้นๆ พบว่า มากกว่าร้อยละ 85 สามารถรักษาให้หายขาดได้[4] สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้กำหนดตัวชี้วัดการรักษาโรคมะเร็งไว้ คือ ระยะเวลาในการ เข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ และ/หรือรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ นับจากวันที่ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา ซึ่งการรักษาจะขึ้นอยู่กับระยะของการเกิดโรคมะเร็ง และการลุกลามของโรค[5]

สถานการณ์คลินิกสูตินรีเวช งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย การเตรียมผลตรวจวินิจฉัยและผลตรวจคัดกรองต่างๆ ของผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่กระบวนการการรักษามีความสำคัญมากต่อการวางแผนการรักษา ซึ่งผลตรวจต่างๆ ประกอบด้วย ผลตรวจตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกยืนยันการเป็นมะเร็ง ผลตรวจเอซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT Whole abdomen) ผลตรวจเอซเรย์ปอดและทรวงอก (Chest X-ray) เพื่อดูการกระจายของโรค ผลตรวจเลือดและคลื่นหัวใจ (EKG) รวมไปถึงการทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound) และการตรวจภายใน (PV) เพื่อประเมินขนาดก้อนมะเร็งก่อนการวางแผนการรักษาตามวิธีการที่เหมาะสม หากการเตรียมผลตรวจต่างๆ ไม่พร้อมโดยเฉพาะ ผลตรวจเอซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CTWA) ผู้ป่วยต้องถูกนัดกลับมาอีกหนึ่งรอบเพื่อตรวจ และอีกหนึ่งรอบเพื่อฟังผลตรวจและวางแผนการรักษา ซึ่งการเตรียมผลตรวจไม่พร้อมนี้อาจมาจากการประสานงานที่คลาดเคลื่อน ทำให้คนไข้ไม่ได้รับการตรวจก่อนส่งตัว หรือได้รับการตรวจแล้วแต่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วยนำมาผลตรวจมาด้วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตามผลตรวจ ต้องเดินทางกลับไปกลับมาหลายรอบ[6,7] บางรายใช้เวลาเดินทาง ประมาณ 1-2 ชั่วโมง เสียค่าน้ำมัน เสียค่าใช้จ่ายในการเหมารถรอบละ ประมาณ 1,000 บาท เป็นต้น จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น การเตรียมผลตรวจต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกให้พร้อมก่อนเข้ารับการรักษามีความสำคัญมาก ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิด LEAN ขึ้น เพื่อให้มีการเตรียมผู้ป่วย ให้ได้เข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว พัฒนาการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการลดรอบการเดินทางของผู้ป่วยในการมารับการรักษาครั้งแรกลง เพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการ แต่ยังคงประสิทธิผลในการดูแลรักษาไว้ และเพื่อให้สอดคล้องตามตัวชี้วัดในการรักษาโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ คือ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช และโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดหนองคาย

1.2กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช โรงพยาบาลหนองคาย

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่มารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช 1 คน พยาบาลที่เกี่ยวข้อง 12 คน สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดหนองคาย มารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช โดยมีผลการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยา จากการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก 2) เป็นคนไทยที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาต่อด้วยเหตุสงสัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก แล้วผลตรวจวินิจฉัยไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) ผู้ป่วยต่างชาติ 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือร่วมกับทีมพัฒนา โดยการศึกษากระบวนการบริการ แนวคิด ทฤษฎีลีน เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการกำหนดขอบเขตและเนื้อหาในการสร้างรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกต่อการให้บริการภายใต้รูปแบบใหม่ 2) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจากการใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้น 3) จำนวนรอบในการเดินทางมาโรงพยาบาล และขั้นตอนในการบริการ (1 รอบ 15 ขั้นตอน) ประเมินจากจำนวนรอบที่ มารพ.ของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาความเที่ยง โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ที่มารับบริการรายใหม่ คลินิกสูตินรีเวช โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 5 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ทดสอบด้วยค่า คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20:KR20) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.86

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาล มี 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และร่างรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย โดยมีระยะการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทการบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของหน่วยงาน เครือข่าย และแนวคิดทฤษฎีระบบลีน

ขั้นตอนที่ 2 ทวบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการการบริการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทฤษฎีระบบลีน พร้อมจัดประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 3 ร่างรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย พร้อมนำลงสู่การทดลอง (Try out)

<u>ระยะที่ 2</u> การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย มีระยะการดำเนินการ 2 ช่วง ดังนี้

2.1 ช่วงที่ 1 คือช่วงเตรียมการ ได้แก่ การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) นำแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2) ผู้วิจัยประชุมกลุ่มโดยใช้กรุ๊ปไลน์ ในการวีดีโอคอล กับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางมะเร็งนารีเวชและ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งใน โรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเก็บข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้มีส่วนร่วมลงนามในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ช่วงที่ 2 นำรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ไปให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ทดลองใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและเตรียมผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

2.3 ช่วงที่ 3 นำผลการทดลองใช้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ การดูแลและการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในเครือข่าย มาพัฒนาเพื่อที่จะนำไปทำลองใช้จริง

<u>ระยะที่ 3</u> การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอน ดังนี้

1. โดยการนำรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ไปใช้จริง เป็นระยะเวลา 6 เดือน

2. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการพัฒนาการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณานำรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผลการใช้ในหน่วยงานและเครือข่ายต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลหนองคาย ได้รับอนุมัติใน วันที่ 29 พ.ย. 2566 เลขที่ 1/2567

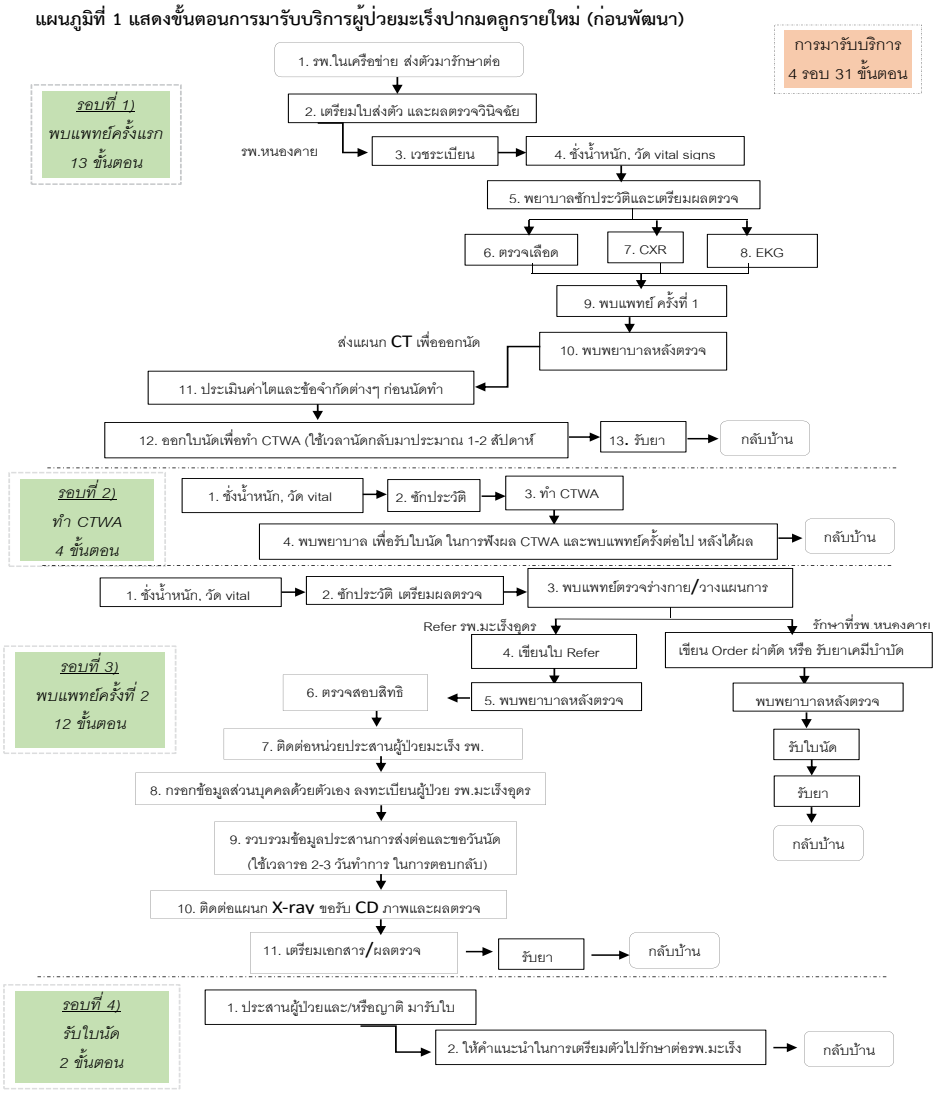
ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น ภายหลังจากการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการ (Process Flow Analysis) และการวิเคราะห์การสร้างคุณค่า (Value Add Analysis) ได้ผังการไหลของการบริการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ (ก่อนพัฒนา)

ประกอบด้วยการมารับบริการของผู้ป่วย 4 รอบ มีทั้งหมด 31 ขั้นตอน ดังนี้

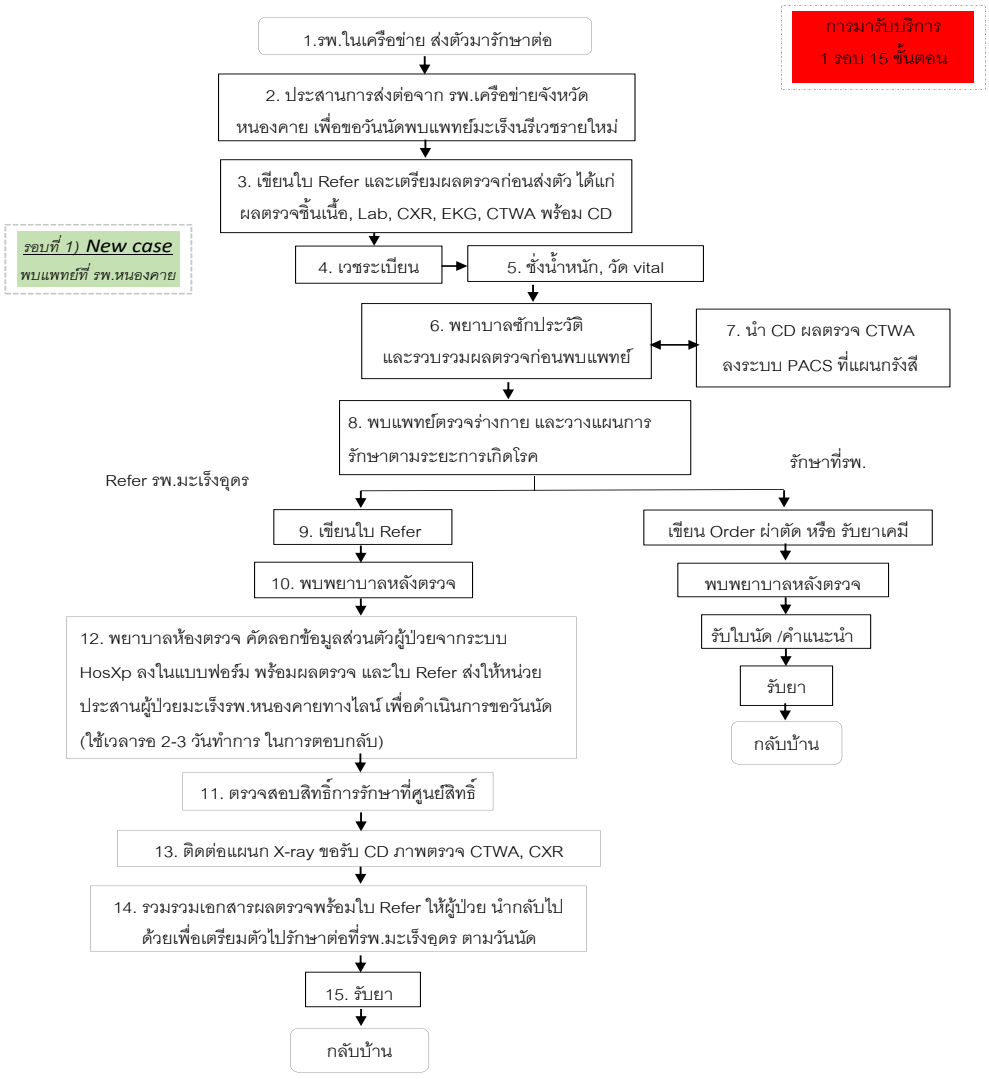
แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ (ก่อนพัฒนา)



2. ขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ (แบบใหม่)

ประกอบด้วยการมารับบริการของผู้ป่วย 1 รอบ มีทั้งหมด 15 ขั้นตอน ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 แสดง ร่างรูปแบบขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ (แบบใหม่)



ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 46.1 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 30.8 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (รพช) ร้อยละ 69.2 รองลงมาเป็นพยาบาล (รพท.) ร้อยละ 23.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 84.6 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ รายได้/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนที่ 20,001-40,000 บาท ร้อยละ 61.5 และมากกว่า 40,000 บาท ร้อยละ 38.5 ประสบการณ์การทำงานส่วยใหญ่ 5-15 ปี ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 46.2

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคายส่วนใหญ่ อายุอยู่ระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมาอายุระว่าง 30-45 ปี ร้อยละ 33.3 พบในอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 3.3 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพ คู่ ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 30 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตกร ร้อยละ 40..0 รองลงมาคือไม่ได้ทำงานเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 23.3 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ ประกันสังคม ร้อยละ 16.7 รายได้/เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.3 รองลงมารายได้ 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 30.0 ส่วนระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลหนองคาย (โดยประมาณ) ส่วนใหญ่ระยะทาง 41-60 กิโลเมตร ร้อยละ 40.0 ระยะ 61-80 กิโลเมตร ร้อยละ 30.0 การเดินทางส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่า 30-60 นาที ร้อยละ 53.3 และเวลา 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 40.0 และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลหนองคายต่อครั้ง (โดยประมาณ) ส่วนใหญ่ใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 1,001- 2,000 บาท ร้อยละ 66.7 รองลงมามีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 30.0

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย

1. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.6 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 15.4 มีขั้นตอนการให้บริการอย่างเป็นระบบครอบคลุม เหมาะสม ไม่ยุ่งยาก ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 7.7 สามารถลดขั้นตอนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยทำให้การเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลครบถ้วนจริง มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.6 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 15.4 และ การสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์มีความสะดวกรวดเร็วทันเวลา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 7.7

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังการใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้น จากการศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นสามารถลดขั้นตอนการบริการได้ อยู่ในระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.0 รองลงมา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20.0 การใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลารอคอยได้ มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.3 ในระดับ มาก ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ การใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นสามารถลดรอบในการเดินทางมารักษา อยู่ในระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.7 รองลงมา อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 3.3 การใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 86.6 ในระดับ มากและปานกลาง มีระดับความพึงพอใจเท่ากัน คือ ร้อยละ 6.67 การใช้รูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นมีการสื่อสารข้อมูลผ่านทางไลน์ทำให้การสื่อสารได้ความสะดวกและรวดเร็ว อยู่ในระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 86.7

รองลงมา อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 13.3 และ สรุปความพึงพอใจโดยภาพรวมหลังการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวชเครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 90.0 รองลงมา อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 10.0

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยหลังรับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด/รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.29 และเกิน 6 สัปดาห์จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.71 นอกจากนี้จำนวนรอบในการเดินทางมาโรงพยาบาลและขั้นตอนในการบริการ (1 รอบ 15 ขั้นตอน) สามารถทำได้ตามเกณฑ์ จำนวน 28 ราย คิดเป็น ร้อยละ 93.33

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการใช้ระบบลีนในการปรับปรุงขั้นตอนงานบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวช เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า การเขียนแผนผังงานบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ทำให้สามารถกำหนดกิจกรรมที่มีคุณค่าและกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อลดขั้นตอนงานบริการที่มีความสูญเปล่า 3 ขั้นตอนหลักๆ คือ 1) ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการเตรียมผู้ป่วยก่อน ส่งตัวมาพบแพทย์เฉพาะทางมะเร็งที่โรงพยาบาลหนองคาย ในด้านการเตรียมผลตรวจวินิจฉัย ที่ครบถ้วนพร้อมตรวจเอกสารประวัติการรักษา ของผู้ป่วยที่ควรมีก่อนพบแพทย์ เป็นต้น 2) กระบวนการบริการในโรงพยาบาลหนองคาย โดยมีการลดขั้นตอนในส่วนของการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายแล้ว และการเตรียมข้อมูลของผู้ป่วยในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมะเร็งโดยผ่านระบบนัดทาง Application line โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปประสานหลายหน่วยงาน 3) กระบวนการส่งต่อไปโรงพยาบาลมะเร็งอุดร ผู้ป่วยลดขั้นตอนในการเดินทางไปขอนัดเองซึ่งสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการวิจัยนี้สามารถนัดวันตรวจของ รพ.มะเร็งโดยผ่าน Application line จากนั้นปรพสานส่งข้อมูลวันนัดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ และผู้ป่วยสามารถเดินทางไปยังโรงพยาบาลมะเร็งอุดรพร้อมเอกสารที่ทางโรงพยาบาลหนองคายเตรียมไว้ให้แล้ว จึงช่วยลดขั้นตอนการเดินทางหลายรอบซึ่งจะส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โดยในงานวิจัยครั้งนี้สามารถลดจำนวนรอบในการเดินทางมาโรงพยาบาลได้ จาก 4 รอบ 31 ขั้นตอน ลดลง เหลือ 1 รอบ 15 ขั้นตอน ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แสดงว่าระบบลีนสามารถนำมาใช้ ในการบริการได้ ผลการวินิจฉัยนี้สอดคล้องกับวิจัยของ Kim ที่มหาวิทยาลัยในรัฐมิชิแกนที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ทำให้กระบวนการฉายแสงเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี 27 ขั้นตอน ลดลงเหลือ 16 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น การเขียนแผนผังสายธารแห่งคุณค่าทำให้ค้นหาความสูญเปล่าได้ดี[8] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา โพธิ์ชัยเลิศ ที่ใช้แผนภูมิค้นหาความสูญเปล่าในการทำงาน ทำให้ลดขั้นตอนการให้บริการจากเดิม 30 ขั้นตอนเหลือ 24 ขั้นตอน ในงานวิจัยของอรสา โพธิ์ชัยเลิศ มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่เพื่อบอกจุดการบริการให้ชัดเจน[9] และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Callaway ที่ได้นำแนวคิดลีนไปประยุกต์ใช้ ในกระบวนการทำงานในคลินิกจอประสาทตา สถาบัน จักษุบีเยอร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Byers

Eye Institute at Stanford, Stanford University School of Medicine) รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถลดขั้นตอนจาก 96 ขั้นตอน เหลือ 62 ขั้นตอน[10] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sullivan ได้นำแนวคิดลีนไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน ในคลินิกมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล นิวเยล เฮเวน (Yale-New Haven Hospital) ประเทศ สหรัฐอเมริกา สามารถลดจำนวนขั้นตอนจาก 20 ขั้นตอนเหลือ 14 ขั้นตอน[11]

ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการพยาบาลจะช่วยให้มองเห็นคุณค่า ของงานและความสูญเปล่าในกระบวนการให้บริการพยาบาลชัดเจนมากขึ้น การวิเคราะห์และกำจัดความสูญเปล่าทำให้กระบวนการให้บริการพยาบาลมีคุณค่าของงานจากการที่ระบบงานมีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับ บริการที่จำเป็นครบถ้วน สามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารสามารถนำประสิทธิภาพที่ได้จากการพัฒนากระบวนการให้บริการซึ่ง ได้แก่ จำนวนรอบการมา รพ.และกิจกรรมบริการที่ลดลงไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการพยาบาลใน หน่วยงานอื่น ๆ ด้วยแนวคิดและเทคนิคลีนรวมทั้ง สนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดลีนการจัดการกระบวนการทำงาน รวมทั้งกำหนดกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ภายหลังการพัฒนากระบวนการให้บริการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน แล้วเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในหน่วยงาน ควรมีการติดตาม และปรับปรุงประสิทธิผลจากการพัฒนากระบวนการในระยะยาว และควรมีการประกันเวลาในการให้บริการแต่ละจุดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เวลาที่จะต้องรอในแต่ละขั้นตอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลหนองคาย หัวหน้าแผนกงานผู้ป่วยนอก เพื่อนร่วมปฏิบัติงาน และสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการทำวิจัย ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธรณสุข, 2558) การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม:แนวทางปฏิบัติการที่สำคัญ; (ม.ป.ท.).สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566 จาก: https://www.nci.go.th/ e_book/hosbased_2564/index.html.
3.กรมการแพทย์.(2565). นิยามตัวชี้วัด service Plan 2566-2570. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2566. จาก https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu202566-2570_4.pdf
4. มะลิ จารึก. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ; 13(1): 100-113
5.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ตะวันออก.
6.เวชระเบียนและสถิติ. (2566). สถิติข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย: รายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาล หนองคาย.

7.กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. (2566). ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดหนองคาย. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2566. จาก https://www.novabizz.com/Map/%E0% A2.htm

8. Kim CS, Hayman JA, Billi JE, Lash K, Lawrence TS. The application of lean thinking to the care of 31 patients with bone and brain metastasis with radiation therapy. J Oncol pract. 2007.

9.อรสา โพธิ์ชัยเลิศ. (2554). ผลของระบบลีนต่อคุณภาพการให้บริการ.สารนิพนธ์พัฒนาแรงงานและ สวัสดิการมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.Duenyas, I.(2009).Lean Process Improvement at Cleveland Clinic. Available from : www.wdi.umich.edufile

10.Callaway NF, Park JH, Maya-Silva J, Leng T. Thinking lean: improving vitreoretinal clinic efficiency by decentralizing optical coherence tomography. Retina 2016; 36

11. Sullivan P, Soefje S, Reinhart D, McGeary C, Cabie ED. Using lean methodology to improve productivity in a hospital oncology pharmacy. Am J Health Syst Pharm 2014;71(17)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The Development of a model to promote health literacy and health behavior to control hemoglobin A1C levels in patients with type 2 diabetes, That Phanom Community Health Center, Nakhon Phanom Province.

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

สุดาพันธ์ อ้วนโสดา[1]
Sudapun Aunsoda[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯและพฤติกรรมสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย 4.90 (SD=.44) การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คะแนนเฉลี่ย 4.61 (SD=.99) อยู่ในระดับมากที่สุด, การออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย 3.06 (SD=.86) การบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ย 2.64 (SD=.79) และการใช้ยาเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 2.65 (SD=.80) อยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการความเครียด คะแนนเฉลี่ย 1.83 (SD=1.07) อยู่ในระดับน้อย และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลง 8.29 (SD=2.09) เป็น 7.7 (SD=1.71) เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

Abstract

This action research aimed to study the effect of developing a model to promote health literacy and health behavior to control hemoglobin A1C levels in type 2 diabetes patients at That Phanom Community Health Center, Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of 65 patients with type 2 diabetes who met the specified criteria. The data collection instruments were the diabetes health literacy questionnaire, and the health behavior assessment form based on the 3 aor 2 sor 1 yor . Data analysis: General data were analyzed using numbers, percentages, health literacy, and health behavior using mean and standard deviation. Pre-post participation comparisons were performed using paired t-test statistics.

The results of the study found that before and after participating in the activity, the sample group had a mean score of health literacy about diabetes that was significantly different at the .05 level. In terms of health behavior, after participating in the activity, the mean score of self-care increased. Smoking, mean score 4.90 (SD = .44), drinking alcohol and alcoholic beverages, mean score 4.61 (SD = .99), was at the highest level. Exercise, mean score 3.06 (SD = .86), food consumption, mean score 2.64 (SD = .79), and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม

taking diabetes medication, mean score 2.65 (SD=.80), was at the moderate level. Stress management, mean score 1.83 (SD = 1.07), was at the low level. Hemoglobin A1c (HbA1c) level decreased by 8.29 (SD = 2.09) to 7.7 (SD=1.71). Comparing before and after participating in the activity, there was a statistically significant difference at the .05 level.

Keywords: health literacy, type 2 diabetic patients, hemoglobin A1C level

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความผิดปกติของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือความสามารถของร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดภาวะดื้ออินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน[1] ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ในการนำกลูโคสจากในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ไปเผาผลาญเป็นพลังงานหรือเก็บสะสมไว้เพื่อจะนำกลับมาใช้อีกครั้ง เมื่อร่างกายมีการหลังอินซูลินลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หรือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเกิดจากการที่น้ำตาลในเลือดไปจับกับฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นโปรตีนในเม็ดเลือดแดงที่ทำหน้าที่พาออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ โดยปกติเม็ดเลือดแดงจะมีอายุประมาณ 3 เดือน ดังนั้นการ ตรวจ HbA1c เป็นการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตลอดระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ถ้าเราได้รับอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมากเกินความต้องการที่ร่างกายจะนำไปใช้ น้ำตาลบางส่วนที่เหลือในเลือดจะไปจับกับเม็ดเลือดแดงจนมีปริมาณฮีโมโกลบินเอวันซีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้การตรวจติดตามค่าน้ำตาลสะสมซึ่งใช้วินิจฉัยโรคเบาหวานตลอดจนการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญคือ สถานะสุขภาพ การขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค[2] สำหรับในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานได้ไม่ดี (HbA1c>7%) มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาการเกิดโรค อายุ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร แรงสนับสนุนจากครอบครัว และความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นอย่างยิ่ง

อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยเบาหวานในปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 4,174, 4,223 และ 4,470 คน ตามลำดับ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ร้อยละ 23.98, 27.86 และ 32.28 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่วิจัยมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 464, 403 และ 464 คน ตามลำดับ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ร้อยละ 44.4, 41.69 และ 36.21 ตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c >7%) ในพื้นที่วิจัย มี 3 ประเด็น 1) มักดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รับประทานอาหารข้าวแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ขนมปังต่างๆ ไม่จำกัดจำนวน มีกิจกรรมทางกายน้อย บางรายขาดการรักษาต่อเนื่อง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และ 3) หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน มีเพียงการให้สุขศึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคลซึ่งยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกองสุขศึกษาปี 2565 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยโรคมีรหัสโรค (ICD 10) E11.0-E14.9 อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2566 - 30 เมษายน พ.ศ. 2567 ได้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 65 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มากกว่า 7% ในช่วงเวลาที่กำหนด 3) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม 5) สมัครใจยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่ได้รับการดูแลตามรูปแบบของการวิจัยครบทุกขั้นตอน หรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ของกองสุขศึกษาปี 2565 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาในเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ระดับไม่เคยทำจนถึงระดับทำได้ง่ายมาก แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารสุขภาพ, การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ การแปลผลเป็นช่วงคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.79 หมายถึง ไม่เคยทำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80-2.59 หมายถึง ทำได้ยากมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60-3.39 หมายถึง ทำได้ยาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40-4.19 หมายถึง ทำได้ง่าย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20-5.00 หมายถึง ทำได้ง่ายมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส.1ย ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาเบาหวาน ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

นำคะแนนเฉลี่ยไปอธิบายพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส1ย ทั้งฉบับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.81 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. การวางแผน (Planning)

1) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทักษะ และความรอบรู้ด้านสุขภาพทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่วิจัย

3) ร่างรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 2-3 ราย นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. การลงมือปฏิบัติ (action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2) สรุปประเด็นปัญหาที่พบ

กิจกรรมที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย 2) เรียนรู้การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.1ย

กิจกรรมที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 1) แนะนำการใช้ช่องทางการใช้สื่อการเรียนรู้โรคเบาหวานผ่านระบบออนไลน์ 2) การสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ 1) แนะนำการใช้ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปีในสมุดประจำตัวเบาหวาน 2) กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3) นัดติดตามอาการและการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ

3. การสังเกตการณ์ (observation) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วยการตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วแบบสุ่ม 2 ครั้ง/เดือน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม

4. การสะท้อนกลับ (reflection) จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่มีค่า HbA1c ลดลง ปัญหาที่พบในแต่ละขั้นตอนในโครงการวิจัยเพื่อนำสู่การพัฒนางานต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครพนม โครงการเลขที่ REC 059/67 วันที่รับรอง 20 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 66.2 เพศชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 33.8 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 36 คน ร้อยละ 55.4 การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน ร้อยละ 46.2 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น กิจการส่วนตัว ค้าขาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 44.6 โรคประจำตัวเป็นเบาหวานอย่างเดียวมากที่สุด จำนวน 39 คน ร้อยละ 60 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4-10 ปี มากที่สุด จำนวน 26 คน ร้อยละ 40

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกด้าน ดังนี้ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยจาก 3.73 (SD=.47) เป็น 3.97 (SD=.35), ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย จาก 3.80 (SD=.48) เป็น 3.96 (SD=.45), การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 3.60 (SD=.43) เป็น 3.91 (SD=.39) และการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 3.68 (SD=.53) เป็น 3.90 (SD=.47) ตามลำดับ

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=65)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% Confidence interval of the Difference			
			Lower	Upper		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	-.16	.26	-.226	-.096	-4.95	.000*
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	-.21	.41	-.313	-.109	-4.15	.000*
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	-3.11	.38	-.407	-.216	-6.51	.000*
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	-.23	.37	-.332	-.144	-5.07	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

3. พฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทุกด้าน ดังนี้ การสูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย 4.90 (SD=.44) การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คะแนนเฉลี่ย 4.61 (SD=.99) อยู่ในระดับมากที่สุด , การออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย 3.06 (SD=.86) การบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ย 2.64 (SD=.79) และการใช้ยาเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 2.65 (SD=.80) อยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการความเครียด คะแนนเฉลี่ย 1.83 (SD=1.07) อยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมสุขภาพในช่วงรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา (n=65)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนร่วมกิจกรรมฯ			หลังร่วมกิจกรรมฯ		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
การบริโภคอาหาร	2.15	3.87	ระดับน้อย	15.89	4.76	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมสุขภาพในช่วงรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา (n=65)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนร่วมกิจกรรมฯ			หลังร่วมกิจกรรมฯ		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
การออกกำลังกาย	4.93	1.29	ระดับปานกลาง	6.12	1.72	ระดับปานกลาง
การจัดการความเครียด	3.13	1.29	ระดับน้อยที่สุด	3.66	2.15	ระดับน้อย
การสูบบุหรี่	2.63	1.39	ระดับมาก	2.63	1.64	ระดับมาก
การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.46	1.09	ระดับมากที่สุด	1.46	1.09	ระดับมากที่สุด
การใช้ยาเบาหวาน	6.53	1.59	ระดับน้อย	7.96	2.41	ระดับปานกลาง

4. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 8.29 (SD=2.09) เป็น 7.7 (SD=1.71) เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมฯ (n=65)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c)	.58	1.34	.252	.917	3.51	.001*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning), การลงมือปฏิบัติ (action), สังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) สอดคล้องกับประภาส บารมีและจักรพันธ์ บุญอ่อง[4] ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป. กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กระบวนดำเนินงานดังนี้ ขั้นปฏิบัติการ, ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อนคิดทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ภาคีเครือข่ายและแกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามกระตุ้นเตือน

2. ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังการเข้าร่วมกิจกรรมฯ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับชูสง่า สีสัน และธณกร ปัญญาใสโสภณ[5] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย ภายหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ หลังร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมากที่สุด, การสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก, การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการความเครียด อยู่ในระดับน้อย เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับชลลดา งอนสำโรงและณัฐวุฒิ กกกระโทก[6] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

2.3 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 8.29 (SD=2.09) เป็น 7.7 (SD=1.71) เปรียบเทียบก่อน-หลังร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับชูสง่า สีสันและธณกร ปัญญาใสโสภณ[5] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย ภายหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เท่ากับ 117.6 (SD=14.5) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าน้ำตาลสะสมหลังการทดลองเท่ากับร้อยละ 7.3 (SD=1.2) และสอดคล้องกับจิราภรณ์ อริยสิทธิ์[7] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านระบบบริการ หน่วยงานมีนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ปรับให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและข้อจำกัดของพื้นที่เพื่อให้เกิดเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

2. ควรมีการต่อยอดงานวิจัยการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Munden, J. (2007). Textbook of diabetes mellitus: A guide to patient care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
2. DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. Journal of General International Medicine. 19.1228-1239.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2567). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://npm.moph.go.th/HDC.
4. ประภาส บารมีและจักรพันธ์ บุญอ่อง. (2566). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป. กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 5(1): 25-37.

5. ชูสง่า สีสัน และธณกร ปัญญาใสโสภณ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3): 519-531.
6. ชลลดา งอนสำโรงและณัฐวุฒิ กกกระโทก. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 9(1): 115-129.
7. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 18(2): 142-155.

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ในโรงเรียนเบาหวาน ของโรงพยาบาลเรณูนคร

Results of strengthening motivation in caring for patients with type 2 diabetes to delay kidney deterioration at the Diabetes School of Renu Nakhon Hospital.

(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

อุษนีย์ รามฤทธิ์[1]
Usanee Ramrit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (The Quasi-Experimental Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 52 คน กลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อน-หลัง (One-group, Pretest-Posttest Design) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม, ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม และเครื่องวัดความเค็มในอาหารแบบพกพา (Chem Meter) การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, ความรู้เกี่ยวกับตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมและโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม, ผลการบริโภคเกลือและโซเดียม, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด,ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.23 (SD=1.19) เป็น 6.76 (SD=0.98) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 (SD=1.46) เป็น 12.03 (SD=1.18) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG), ระดับไขมันเลว (LDL) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการบริโภคเกลือและโซเดียมมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 0.84 (SD=.37) เป็น 0.73 (SD=.12) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะไตเสื่อม, โรงเรียนเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study results of strengthening motivation in caring for patients with type 2 diabetes to delay kidney deterioration at the Diabetes School of Renu Nakhon Hospital. The sample group consisted of type 2 diabetic patients who were selected for Purposive Sampling and specified criteria, 52 people, One-group, Pretest-Posttest Design. The tools used for data collection: Knowledge about salt and sodium consumption awareness, knowledge about diabetes and kidney failure, and Chem Meter. Data Analysis: General data using numbers and percentages. Knowledge about salt and sodium consumption awareness, knowledge about diabetes and kidney failure, and Knowledge about salt and sodium consumption awareness, knowledge about diabetes and kidney failure, Effects of salt and sodium consumption, A1C, Triglycerides (TG), Low Density Lipoprotein (LDL) and glomerular filtration rate (eGFR). The analysis was performed using mean, standard deviation, and comparison before and after participating in the activity using Pair t-test statistics.

The results of the study found that before and after participating in the activity, the sample group had knowledge about awareness of salt and sodium consumption, the average score increased from 5.23 (SD=1.19) to 6.76 (SD=0.98). Knowledge about diabetes and kidney failure, the average score increased from 10.05 (SD=1.46) to 12.03 (SD=1.18), which was significantly different at the .05 level. The clinical outcomes were

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

glomerular filtration rate (eGFR), blood sugar level (A1 C), triglyceride level (TG), bad cholesterol level (LDL), which were significantly different at the .05 level. And the salt and sodium consumption decreased from 0.84 (SD=.37) to 0.73 (SD=.12), which was significantly different at the .05 level

Keywords: motivation enhancement, type 2 diabetic patients, renal failure, diabetic school

บทนำ

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่ไต และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรงด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ใด ซึ่งนำไปสู่การมีโปรตีนในปัสสาวะและภาวะไตวายที่สุด[1] ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานถึง 2-4 เท่า และยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน[2] การศึกษาของเกศริน บุญรอด[3] พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (A1C) และระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าอัตราการกรองของไต (r = -.253 และ r = -.171 ตามลำดับ, p < .05) อีกทั้งการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจและการรักษาช้า ทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยเองและต่อประเทศชาติเนื่องจากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา[4]

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Miller และ Rollnick ในปี พ.ศ. 2534 เป็นกระบวนสนทนา (Style of interaction) ที่มีโครงสร้างทิศทางชัดเจน ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยแก้ไขความลังเลใจโดยสร้างแรงจูงใจภายในและกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นมีพันธะสัญญาที่จะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง[5] หากผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจโรคของตนเองและสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

โรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนครจัดตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2560 มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์สุขสบายไทเมืองเว” เป็นศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และนักโภชนาการให้บริการประจำ ผู้ป่วยโรค 3 อันดับแรกที่มารับบริการ ได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรัง จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะไตเรื้อรังร่วมด้วยในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 464, 395 และ 359 คน ตามลำดับ และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) 6.5%-7.5% ร้อยละ 9.91, 12.91 และ 15.88 ตามลำดับ ยังไม่บรรลุเป้าหมายคือ ร้อยละ 40 อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของเกินเกณฑ์ eGFR<5 ml/min/1.73m^2/yr เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 66 ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 66.80, 64.09 และ 62.10 ตามลำดับ[6] มีแนวโน้มลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคะแนนความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (eGFR), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

(A1C) และระดับไขมันในเลือดที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. เพื่อศึกษาผลการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนักรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมและโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

2. หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) และระดับไขมันในเลือดลดลง

3. หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีผลการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยที่ให้รหัสโรค (ICD 10) E11.0-E14.9 มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง 30-59 ml/min/1.73m^2/yr ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มารับบริการในโรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จำนวน 52 คน กลุ่มตัวอย่างเดียวทดสอบก่อน-หลัง (One-group, Pre-Post test Design) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าอัตราการกรองของไต 30-59 ml/min/1.73m^2/yr 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 3) สมัครใจและยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ 3 ครั้งขึ้นไป หรือเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกิน 3 วัน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ กระบวนการเรียนรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอไตเสื่อม โรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและระยะเวลาในการเป็นโรคหวาน

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม แบบเลือกตอบ“ถูก”เท่ากับ 1 คะแนน และ“ผิด” เท่ากับ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความตระหนักรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความตระหนักรู้อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความตระหนักรู้อยู่ในระดับมาก

2.4 เครื่องวัดความเค็มในอาหารแบบพกพา (Chem Meter) ของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปลอดภัย (≤ 0.7 mg%) เท่ากับ 1 คะแนน

ระดับเริ่มเค็ม (0.71 - 0.90 mg%) เท่ากับ 2 คะแนน

ระดับเค็มมาก (0.91 - 2.0 mg%) เท่ากับ 3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงได้ค่า CVI) ได้เท่ากับ 1 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability): ผู้ศึกษานำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเรณูนคร ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ดังนี้ แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.79 และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson คือ สูตร KR-21 0.93

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในครั้งนี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ (The four processes) 4 ขั้นตอน (Miller & Rollnick, 2002) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ตกลงบริการร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

ขั้นที่ 2 การวางเป้าหมาย

1. อัตราการทำงานของไต (eGFR) ต้องเพิ่มขึ้นหรือคงเดิม หรือลดลงไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 3 และ 6 เดือน

2. ลดปัจจัยที่เสี่ยง ได้แก่ น้ำตาลสะสมในเลือด, ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ , ไขมันเลว

3. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น ผลการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง

ขั้นที่ 3 การกระตุ้นให้ทำการเปลี่ยนแปลง

1. คืนข้อมูลผลตรวจสุขภาพ ได้แก่ อัตราการทำงานของไต, น้ำตาลสะสมในเลือด, ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์, ไขมันเลว

2. ประเมินการตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม, แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม

ขั้นที่ 4 การวางแผนเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้เข้าใจภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการวัดความเค็มในอาหารฯ

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

กิจกรรมที่ 4 การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองตามปัญหาที่พบรายกรณี

การประเมินผล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม, ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม, ตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร และน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) เมื่อครบ 3 เดือน

2. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ได้แก่ อัตราการทำงานของไต (eGFR), น้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG), ไขมันเลว (LDL) เมื่อครบ 6 เดือน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 044/67 วันที่รับรอง 14 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน ร้อยละ 59.6 เพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ 40.4 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 33 คน ร้อยละ 63.5 เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 38 คน ร้อยละ 73.1 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 14 คน ร้อยละ 26.9

2.2 ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม หลังร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.23 (SD=1.19) เป็น 6.76 (SD=0.98) และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 (SD=1.46) เป็น 12.03 (SD=1.18) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมและความรู้โรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n=52)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม	-1.53	1.22	-1.88	-1.19	-9.03	.000*
ความรู้โรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม	-1.98	1.42	-2.376	-1.585	-10.052	.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

2.3 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิก หลังร่วมกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้น 41.83 (SD=7.42) เป็น 44.92 (SD=8.01), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 9.7 (SD=3.05) เป็น 8.4 (SD=2.23), ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) ค่าเฉลี่ยลดลงจาก158.8 (SD=43.46) เป็น 145.7 (SD=22.01), ระดับไขมันเลว (LDL) ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 126 (SD=30.59) เป็น 110 (SD=29.76) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n=52)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
อัตราการกรองของไต (eGFR)	-4.19	6.73	-6.06	-2.31	-4.49	.000*
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)	1.30	1.65	.84	1.76	5.67	.000*
ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG)	13.09	29.1	4.97	21.2	3.23	.002*
ระดับไขมันเลว (LDL)	15.90	27.89	8.13	23.66	4.11	.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

2.4 ผลการบริโภคเกลือและโซเดียม เป็นดังนี้ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผลการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเค็มมาก ระดับเริ่มเค็ม และระดับปลอดภัย ร้อยละ 36.5, 32.7 และ 30.8 ตามลำดับ หลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับเริ่มเค็มมากที่สุด ระดับปลอดภัย ระดับเค็มมาก ร้อยละ 63.5, 34.6, 1.9 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงจาก 0.84 (SD=37) เป็น 0.73 (SD=.12) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n=52)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
การบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหาร	.116	.298	.033	.199	2.812	.007*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม เป็นดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.23 (SD=1.19) เป็น 6.76 (SD=0.98) และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 (SD=1.46) เป็น 12.03 (SD=1.18) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับอัมพร จันทชาติและคณะ[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (eGFR), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ระดับไขมันเลว (LDL) และระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) เป็นดังนี้

อัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) 40.73 (SD=7.38) หลังร่วมกิจกรรมอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นเป็น 44.92 (SD=8.01) แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับอัมพร จันทชาติและคณะ[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ระดับครีเอทินินและอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยังสอดคล้องกับสุพัตรา พงษ์อิศรานุพรและคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) หลังร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 9.7 (SD=3.05) เป็น 8.4 (SD=2.23) สอดคล้องกับอรวรรณ เหมนวล[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) หลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับอัมพร จันทชาติและคณะ[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่าตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงระดับ HbA1c, ระดับครีเอทินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาพบว่าระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก158.8 (SD=43.46) เป็น 145.7 (SD=22.01), ระดับไขมันเลว (LDL) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 126 (SD=30.59) เป็น 110 (SD=29.76) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับพิชยา จันทร์อบ

[10] ที่ศึกษาระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.22 สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์ปกติ และระดับ LDL-โคเลสเตอรอลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 119.18 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยมีค่าสูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เกินค่าเป้าหมายในการรักษา

3. การบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหาร หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีผลการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับเริ่มเค็มมากที่สุด ระดับปลอดภัยและระดับเค็มมาก ร้อยละ 63.5, 34.6, 1.9 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 0.84 เป็น 0.73 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มและการประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครพนม ปี 2565 ด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Chem Meter) แบ่งความเหมาะสมในการรับประทาน 3 ระดับ พบว่าอาหารปรุงเองที่บ้านพบโซเดียมในระดับที่ปลอดภัยมากที่สุด ร้อยละ 44.04 รองลงมาคือ ระดับเค็มมาก ร้อยละ 32.88 อำเภอเรณูนคร พบปริมาณโซเดียมในอาหารอยู่ในระดับปลอดภัยมากที่สุด ร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ อยู่ในระดับเค็มมาก และระดับเริ่มเค็ม ร้อยละ 28.4, 24.8, และ 10.6 ตามลำดับ[11]

ข้อเสนอแนะ

ควรสนับสนุนส่งเสริมให้นำรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวานที่พัฒนาขึ้น โดยการกำหนดเป็นนโยบายระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมัณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ปี 2567 และขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเรณูนครที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ ถุงทอง (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 17-24.
2. Alkerwi, A. a., Sauvageot, N., El Bahi, I., Delagardelle, C., Beissel, J., Noppe, S., ... Stranges, S.(2017). Prevalence and related risk factors of chronic kidney disease among adults in Luxembourg: Evidence from the observation of cardiovascular risk factors (ORISCAV-LUX) study. BioMed Central Nephrology, 18(1), 1-10.
3. เกศริน บุญรอด. (2562) .ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 33 (3); 367-378.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก http://www.nephro thai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf.
5. อนุสรณ์ พยัคฆาคมและอัจฉรา ภักดีพินิจ. (2559). หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.(2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อและสาขาไต [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://npm.moph.go.th/HDC.
7. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.

8. สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, ศศรส หลายพูนสวัสดิ์ และระทุม สุภชัยพานิชพงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารแพทย์เขต 4-5, 37(2), 148-159.
9. อรวรรณ เหมนวล. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3 (3); 366-376.
10. พิชยา จันทร์อบ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4); 497-560.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Chem Meter) จังหวัดนครพนม พ.ศ. 2565. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308920220905030102.pdf

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

Development of Intermediate Care Model With Participation of Network in Sapphaya Hospital, Chainat Province.

(Received: March 13,2025 ; Revised: March 21,2025 ; Accepted: March 23,2025)

อุทุมพร สุมากรณ์[1] มยุรี บุญทัด[2]
Uthumpon Sumakon[1] Mayuree Boontad[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางร่วมกับภาคีเครือข่ายในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เก็บข้อมูลใช้วิธีสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 การนำปัญหาและแนวทางมาร่วมกันออกแบบและพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระยะที่ 3 ประเมินผลในการใช้รูปแบบการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการใช้กลุ่มตัวอย่าง 153 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยระยะกลางและญาติ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการวิจัยในครั้งนี้ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL)และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสถิติก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์พรรณนาเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ดังนี้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของผู้ให้บริการทั้งเจ้าหน้าผู้ให้บริการและอาสาสมัครสาธารณสุข เพิ่มขึ้นก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 มีผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการพักรักษาด้วยที่โรงพยาบาลด้วยโปแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางอย่างเข้มข้นด้วยสหวิชาชีพ พบ เป็นผู้ป่วยติดบ้านเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 78.57 และเมื่อติดตามครบ 6 เดือน พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 85.71 และมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และ พบความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, ภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This research and development aimed to develop Intermediate care model with participation of network in Sapphaya Hospital, Chainat Province. It was divided into 3 phases: Phase 1: Assessment, situation analysis and finding solutions with participation of network in Intermediate care system. The data was collected with focus group method. Phase 2: Designing and developing intermediate care model. Phase 3: Evaluation, outcome measurement. The study involved 153 persons selected purposively from the health service providers, Intermediate care patients, the family caregivers, and the stakeholders. Data collection instruments included demographic data form, assessment forms of intermediate care knowledge, quality of life assessment forms, assessment forms for activities of daily living (ADL), and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, and standard deviations. The comparison of statistical values before and after was done using the paired t-test at a significance level of 0.05. Qualitative data were analyzed using descriptive content analysis.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลสรรพยา จ.ชัยนาท
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท จ.ชัยนาท ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: mayuree@bcnchainat.ac.th

The research results found that knowledge of intermediate care of service providers, both service officers and public health volunteers, increased significantly before the training p< .01. There were intermediate patients who were admitted in the hospital with the intensive intermediate rehabilitation program with multidisciplinary professionals. There were 78.57 percent more homebound patients. When followed up for 6 months, 85.71 percent of patients were socially attached. The quality of life of patients and family caregivers increased significantly at 0.05 The satisfaction of service providers, service recipients, both patients and family caregivers increased significantly p< .01.

Keywords: Model development, Intermediate care, Participation of network

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยองค์การอัมพาตโลกรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตและอันดับที่ 3 ของความพิการ จากการสำรวจปี 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 101 ล้านคน เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยใหม่ 1 คน ทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน ต่อปี[1]

โรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่เพิ่มมากสุดเป็นอันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร[2] และจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534 และ 588 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47 และ 53 ตามลำดับ ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69)[3]

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยเป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ (stable medical status) แต่ยังมีความผิดปกติการทำงานของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแล รับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแล “เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง” เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ[4] รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในอย่างเต็มรูปแบบ (intermediate ward หรือ intensive IPD rehab program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงและความถี่อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์, การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในอย่างเบา (intermediate bed หรือ less-intensive IPD rehab program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง ความถี่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์หรืออย่างน้อย 24 ครั้ง ใน 6 เดือน[5]

จากสถิติ ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care) ของโรงพยาบาลสรรพยา[6] ในปี 2564 - 2566 มีจำนวน

ผู้ป่วย IMC รายใหม่ทั้งหมดจำนวน 16, 38 และ 61 รายตามลำดับ แบ่งเป็น โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15, 38, 61 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 1, 1, 2 ราย ตามลำดับ จากสถิติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ของโรงพยาบาลสรรพยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนั้น การบริหารจัดการหรือการจัดบริการให้ผู้ป่วยระยะกลางจึงมีความสำคัญ สำหรับ การ ดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสรรพยา พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีทั้งแบบให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและมีการบริการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหวิชาชีพของโรงพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึง นักบริบาล(care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. แต่ละพื้นที่ แต่ยังพบว่า ยังค้นพบผู้ป่วยในชุมชนที่ยังไม่ได้เข้าถึงการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางและได้โปรแกรมการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมและการได้รับการฟื้นฟูยังไม่มีประสิทธิภาพด้วยในพื้นที่อำเภอสรรพยายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแล ส่งต่อและประสานงานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนทั้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทั้งในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนักบริบาล(care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. ประจำพื้นที่ยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพตามศักยภาพของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดและมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยที่เหมาะสมเฉพาะราย เพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความทุพลภาพหรือความพิการให้น้อยที่สุด เพื่อไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จจะได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพื่อขยายการดำเนินงานไปสู่พื้นที่อื่นให้ได้รับประโยชน์สูงสุด รวมทั้งอาจจะนำไปพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC-Participatory Action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบและระยะการประเมินผล โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกัน เพื่อสร้างการยอมรับ รู้สึกมีส่วนร่วมและสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดี จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง ช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างและผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purpose sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติระยะกลางในพื้นที่อำเภอสรรพยาจำนวน 28 คน คณะทำงานทีมดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบไปด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน พยาบาลด้านจิตวิทยา 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 1 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 35 คนและนักบริบาล (care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. จำนวน 60 คนและผู้นำชุมชน 20 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

<u>ระยะที่ 1</u> ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสรรพยา การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากค้น

ข้อมูลรายงานผู้ป่วยจากโปรแกรมข้อมูลจาก hos xp พบ ผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับบริการทั้งหมด 3 กลุ่มโรค ได้แก่ stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal cord Injury จากสถิติผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่ปี 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้มีการตระหนักถึงปัญหาจึงมีการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา โดยใช้การสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา จากการสนทนากลุ่มได้รวบรวมปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็นต่างๆ โดยกระบวนการ ดังนี้

1.การวางแผนประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน คือ เข้าใจสถานกาณ์ที่แท้จริง สร้างวิสัยทัศน์ความคาดหวังในอนาคต คิดค้นกลวิธี จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม วางแผนหาผู้รับผิดชอบและจัดทำแผน กิจกรรม โครงการให้สอดคล้อง

2.เลือกลุ่มเป้าหมายตามที่วางแผนไว้ เพื่อเข้าสู่กระบวนการ AIC ประกอบด้วย

2.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciated: A) ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน

2.2 ขั้นตอนในการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ขั้นตอนในการเสนอแนวทางไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะช่วยกันเสนอวิธีการ เหตุผล เพื่อกำหนดแนวทางเพื่อสู่เป้าหมาย กิจกรรมร่วมกัน

2.3 ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ(Control) เป็นการนำเอากิจกรมมมาสู่การวางแผน เช่น การแบ่งหรือหาผู้รับผิดชอบในแต่ละด้าน ร่วมกันพิจารณาว่าส่วนงานไหนจะเข้ามาช่วยหรือมีบทบาทในกิจกรรม เมื่อได้ผู้รับผิดชอบจะวางแผนดำเนินกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

3. หลังจากพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา จะนำรูปแบบที่สรุปร่วมกันเสนอในที่ประชุมอีกครั้ง มีการนำไปทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่อำเภอสรรพยา 14 คนและญาติ 14 คน คณะทำงานทีมดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบไปด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน พยาบาลด้านจิตวิทยา 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 1 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 35 คน นักบริบาล (care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. จำนวน 60 คน และผู้นำชุมชน 20 คน หลังจากการนำไปทดลองใช้ จะได้มีการปรับปรุงพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายโรงพยาบาลสรรพยา และจะดำเนินการต่อไป ดังนี้

1.การจัดทำแนวทางในการค้นหา ส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยต่อให้ถึงชุมชน เป็นระบบ มีขั้นตอนและสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน ด้วยการสนทนากลุ่ม

2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดย มีหลักสูตรในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่สำหรับนักบริบาล (care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง โดยใช้ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ[4]และคู่มือแนวทางในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน(Intermediate care in community)

3.การจัดการสร้างความร่วมมือในพื้นที่ โดยการจัดทำข้อมูลในการลงปฏิบัติจริงปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระดมความคิด จากสิ่งที่ได้ลงไปปฏิบัติจริง ตามแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้น มีการคืนข้อมูลให้แก่ส่วนงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูล ขอความคิดเห็นข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสรรพยา

หลังจากมีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประเมินผลได้ ดังนี้

3.1 การจัดทำแนวทางขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่การรับผู้ป่วย การส่งต่อ การวางแผนผู้ป่วยเฉพาะรายในทีมไปต่อเนื่องถึง รพ.สต. และลงไปถึงครอบครัวและชุมชน โดยรวบรวมจากข้อคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และผลของการพัฒนาแนวทางที่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้พัฒนา ได้ทดลองนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 14 คนและญาติ 14 คน รวม 28 คน มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยแบบประเมิน Barthel ADL index จะมีคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวม ADL 20 คะแนน (11) การแปลผลคะแนน12 คะแนนขึ้นไปอยู่ในกลุ่มติดสังคม 5–11 คะแนนอยู่ในกลุ่มติดบ้านและ 0–4 คะแนน อยู่ในกลุ่มติดเตียงสถาบันประสาทวิทยา เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย(World Health Organization Quality of Life Brief-Thai , EHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชีวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโรค[8] ด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและการใช้สถิติในการเปรียบเทียบ T -test

3.2 ผลของการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนข้อมูล ของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทั้งด้านที่มีประโยชน์ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ การประชุม สนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงโครงสร้างและเนื้อหา(content analysis) เพื่อตรวจสอบความตรง ความสมบูรณ์และความถูกต้องของเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ(Quantitative data) ใช้ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการใช้ สถิติเปรียบเทียบแบบ t-test analysis

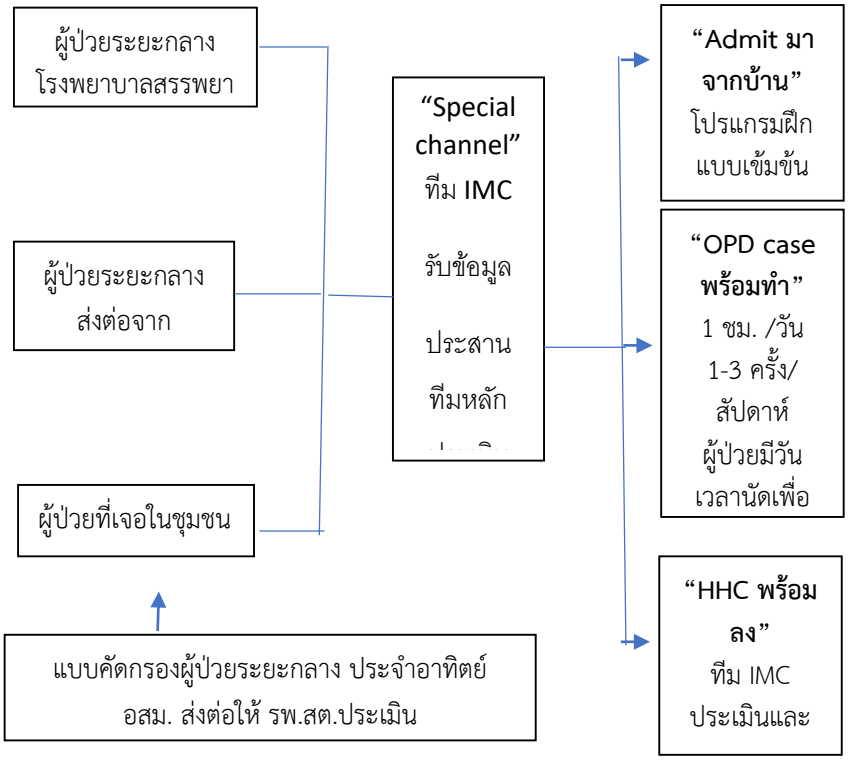
ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากสถิติผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลสรรพยา ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวน 16, 38 และ 61 คน แยกตามโรค stroke จำนวน 15, 37 และ 59 คน โรค Traumatic Brain Injury จำนวน 1, 1 และ 2 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา โดยใช้การสนทนากลุ่ม โดยทีม แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ อสม.และผู้นำชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรและโรงพยาบาลเอกชนในและนอกเขตจังหวัด ไม่ได้รับข้อมูลการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง ญาติไม่สามารถให้ผู้ป่วยนอนพักเพื่อการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นได้ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและจำเป็นต้องมารับบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ เช่น นักกิจกรรมบำบัด ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการ เป็นต้น การสื่อสารส่งต่อข้อมูลของทีมโรงพยาบาลและทีมชุมชนยังขาดความชัดเจน เจ้าหน้าที่ทีมชุมชน ได้แก่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอสม. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยังไม่เพียงพอ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงและพัฒนา ดังนี้

1.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา



2.การพัฒนาบุคลากร

การส่งนักกายภาพบำบัด อบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นเวลา 4 เดือน โดยสถาบันศูนย์สิริรินทรเป็นผู้จัดการอบรมเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และส่งนักกายภาพบำบัดอบรมเรื่อง การประเมินและดูแลผู้ป่วยระยะกลางในงานของนักกิจกรรมบำบัดซึ่งเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีปัญหาเรื่องการกลืนและการพูด เป็นต้น

การจัดอบรมให้ความรู้เพื่อการพัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม.

ผลของการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอสม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการอบรม

ความรู้	ผลของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง			
เจ้าหน้าที่	mean	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการอบรม	15.28	1.90	-15.16	<.001
หลังการอบรม	18.91	0.98		
อสม.				
ก่อนการอบรม	5.78	0.97	-18.28	<.001
หลังการอบรม	8.15	0.82		

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลของความรู้เจ้าหน้าที่และ อสม. ก่อนอบรมเมื่อเทียบกับหลังได้รับการอบรมคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การปรับปรุงห้องผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยระยะกลางการสร้างห้องแยกผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระยะกลางเพื่อการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยระยะกลางที่ มีค่า vital sign คงที่ และไม่มีภาวะเสี่ยงทางร่างกายอื่นๆ จะได้พักห้องแยกเพื่อการฟื้นฟูในตอนกลางวันจะมี สหวิชาชีพเข้าให้บริการอย่างต่อเนื่อง เช่น นักกายภาพบำบัด นักกานแพทย์แผนไทย พยาบาลจิตวิทยาและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นต้น ญาติสามารถไปทำธุระในตอนกลางวันได้

ห้องผู้ป่วยในสำรับผู้ป่วยระยะกลาง มีจำนวน 4 เตียง พร้อมอุปกรณ์ในการฝึก เช่น จักรยานมืออุปกรณ์สำหรับการฝึกมือหรือกล้ามเนื้อมัดเล็ก ลูกตุ้มน้ำหนัก และถุงทราบ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย วันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วัน และได้รับการประเมินโดยทีมผู้ป่วยระยะกลางในแต่ละราย เพื่อวางแผนในการดูแลฟื้นฟูต่อหรือการส่งต่อไปชุมชน เน้น ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4. กายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องนำกลับไปใช้ที่บ้าน จากการประชุมแลกเปลี่ยนพบว่า ข้อมูลเรื่อง กายอุปกรณ์ บางอย่างมีความข้อจำกัดและไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เช่น ที่นอนลมและเครื่องช่วยหายใจ บางช่วงบางพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยต้องการมากกว่าอุปกรณ์ในพื้นที่ที่มีและบางอันชำรุดทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับอุปกรณ์ และอุปกรณ์เหล่านี้ไม่สามารถเบิกได้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการ ในเบื้องต้น ได้ข้อสรุป จะทำทะเบียนอุปกรณ์นำมารวมกันทั้งอำเภอและมีการอัพเดทข้อมูลจำนวนทุกวัน โดยให้ทีมโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการยืมใช้ เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถแบ่งปันอุปกรณ์ในช่วงเวลาที่พื้นที่ตนเองมีผู้ป่วยจำนวนมาก อุปกรณ์ ไม่เพียงพอและมีการประสานกับ อบจ.เรื่องคลังกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อเป็นคลังสนับสนุนเครื่องมือและการซ่อมแซมอุปกรณ์ของจังหวัด

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสรรพยา พบว่า ผู้ป่วยที่พบในชุมชนที่ไม่ได้เข้าระบบจำนวน 2 คน ซึ่ง ได้รับการประสานจากชุมชนเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางผลจากการติดตามผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 14 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL index ในแต่ละกลุ่ม ก่อนและหลังการเข้ารับการฟื้นฟูโดยระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสรรพยา

ผู้ป่วย(คน)	Admit	ร้อยละ	D/C	ร้อยละ	เดือนที่ 1	ร้อยละ	เดือนที่ 3	ร้อยละ	เดือนที่ 6	ร้อยละ
ติดเตียง	7	50	1	7.14	0	0	0	0	0	0
ติดบ้าน	7	50	11	78.57	6	42.86	2	14.29	2	14.29
ติดสังคม	0	0	2	14.29	8	57.14	12	85.71	12	85.71

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการนอนพักในโรงพยาบาล(Admit) เพื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้นจากโปแรกมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลสรรพยา จากระดับค่า BI จากผู้ป่วยติดเตียง 7 คน ลดลงเหลือแค่ 1 คนเมื่อออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยในระดับติดบ้านสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นไปอยู่ในระดับติดสังคม จาก 0 ได้ถึง 2 คน และในเดือนที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม พบว่า ไม่มีผู้ป่วยติดเตียงและสามารถขึ้นไปอยู่ระดับ ติดสังคมถึง 8 คน และในเดือนที่ 3 และ 6 พบว่า ผู้ป่วยสามารถขึ้นไปอยู่ในระดับติดสังคมถึง 14 คนคิดเป็นถึงร้อยละ 85.71

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา (Quality of life)

ผู้ป่วยและญาติ	mean	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการเข้ารับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	53.50	3.75	-28.72	<.001
หลังการเข้ารับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	89.57	2.71		

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา (Quality of life) มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ	mean	S.D.	t-test	p-value
ผู้ป่วยและญาติ				
ก่อน	2.78	0.70	-11.02	<.001
หลัง	4.79	0.43		
เจ้าหน้าที่				
ก่อน	2.82	0.57	-20.53	<.001
หลัง	4.80	0.41		

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ก่อนเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสรรพยา ทั้งผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้วยภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท ได้มีการคำนึงถึงปัญหาต่างๆอย่างครอบคลุมในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่ สถานที่มีการปรับปรุงพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีพื้นที่ในการฝึกและแยกส่วนจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศจูงใจให้ผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตนเองและตั้งใจในการฝึกเพื่อให้ฟื้นฟูสภาพให้ดีที่สุดก่อนออกจากโรงพยาบาล และยังเป็นการสร้างกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการฝึกเหมือนกัน ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยหรือญาติ การเข้าถึงระบบบริการ ทั้ง 3 ช่องทาง คือ การเข้าถึงแบบผู้ป่วยในได้รับการส่งต่อเพื่อรับการฟื้นฟูต่อเนื่องในโรงพยาบาล การเข้าถึงแบบผู้ป่วยนอกจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพยาและช่องทางจากชุมชนที่ค้นพบโดย คนในชุมชน ในการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีผู้ป่วยระยะกลางที่ไม่ได้เข้าระบบ 2 คน แต่ได้รับการแจ้งจากชุมชนเพื่อเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูได้อย่างทันทีและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยระยะกลางไม่เสียโอกาสในการฟื้นฟู ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้เน้นให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการได้อย่างง่ายและสะดวกมากขึ้น การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้นในโรงพยาบาลจากทีมสหวิชาชีพ[5] พบว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์(ไม่รวมชั่วโมง nursing care) และการให้บริการผู้ป่วยนอก ควรมีการนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งใน 6 เดือน และการเยี่ยมบ้านในชุมชน ควรมีการเยี่ยมแบบสหวิชาชีพ ควรมีแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพให้บริการร่วมกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ primary care unit:

PCU หรือ รพ.สต.ในพื้นที่ ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูในชุมชนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน[5] พบว่าการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 20 ครั้งภายใน 1 เดือน ส่งผลให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัญหาที่พบจากากรศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การให้บริการสาธารณสุขบางอย่างต้องใช้วิชาชีพเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักกิจกรรมบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก้ปัญหาเบื้องต้นโดยการส่ง นักกายภาพบำบัดไปฝึกเรื่องการฝึกเรื่องกิจกรรมบำบัดเบื้องต้น เช่น การกลืน การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการฝึกกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภัทร รุ่งเนยและคณะ[10] พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลางยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคคลากรที่มีศักยภาพเฉพาะด้าน และบุคคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเน้นบุคลากรที่สามารถดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศาสตรา เข็มบุปผา[11] เรื่อง การเชื่อมโยงการให้บริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างมีระบบโดยความร่วมมือจากภาคเครือข่าย ความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในงานวิจัยครั้งนี้เพิ่มขึ้นทั้งผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปภัสพร พันธ์จูม[12] พบว่า หากมีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีความสะดวก รวดเร็วต่อการเข้าใช้บริการของสหวิชาชีพ งานกายภาพบำบัดที่รวดเร็วและมีความต่อเนื่อง ด้านการให้คำแนะนำเรื่องยาจากเภสัชกร รวมถึงสถานที่ที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจก่อนที่จะมีการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ให้บริการมีข้อมูลและการบันทึกส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีทีมที่ปรึกษาทำงานร่วมกัน ทำให้มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังพัฒนาเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งที่ทำในพื้นที่อำเภอสรรพยา จำนวนผู้ป่วยยังมีจำนวนน้อยและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกับผู้ให้บริการทางการแพทย์มาร่วมมือกันแบบมีส่วนร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนจะทำให้เกิดการทำงานแบบใกล้ชิดแบบญาติพี่น้องหรือบ้านใกล้เรือนเคียง ทำให้เกิดความร่วมมือมากยิ่งขึ้น การพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร กำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ และสถานบริการที่สะดวก รวดเร็วเป็นกันเอง จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระกลางกลางดียิ่งขึ้น และในเชิงนโยบายควรมีการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นเครือข่ายที่กว้างขึ้น ในระดับจังหวัด เขตและอาจจะเป็นนโยบายสาธารณะระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปเก็บข้อมูลในระยะยาวให้เป็นฐานข้อมูลที่สามารถเข้าถึงและมีความต่อเนื่องมากขึ้น มีการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่หรือรูปแบบอื่นๆเพื่อดูประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น และมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด รวมทั้งผู้ให้บริการได้รับประโยชน์ของข้อมูลและการให้บริการที่ดีส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นระบบที่ประสิทธิภาพนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับไปใช้ในพื้นที่อื่น หรือโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียง

3. ใช้เป็นแนวในการศึกษาต่อยอดในการพัฒนาองค์ความรู้ในการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อไปถึงชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1.World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet [Internet]. (2022) [cited2023 sep 12]: Available from: https://www.world-stroke.org/publications-and-resources/resources/global-stroke-fact-sheet

2.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5ปี(พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.

3.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2563). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2563 (Public Health Statistics A.D.2020):[อินเตอร์เน็ต].2563;[สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563]; เข้าถึงจาก: (http://bps.moph.go.th)

4.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง.นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

5.กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.

6. โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท. (2566). รายงานผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

7.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.

8.สุวัฒน์ มหันนิรันดร์กุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโรคทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด : เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง [อินเตอร์เน็ต].2563;[สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563]; เข้าถึงจาก: http:www.dmh.go.th/test/whiqol/

9.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2563). คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต].2563;[สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563]; เข้าถึง จาก: http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc

10.นงนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัยและศุภสิทธิ์ พรรณนา รุโณทัย.(2564). ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 15(1): 81-101.

11.ศาสตรา เข็มบุปผา. (2565). การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาวอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 9(16), 939-956.

12.ปภัสพร พันธ์จูม. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 9(1): 309-318.

การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร

STUDY ON THE PROPERTIES OF CHARCOAL BRIQUETTES FROM HERBAL MEDICINE WASTE

(Received: February 7,2025 ; Revised: February 12,2025 ; Accepted: February 13,2025)

ปุรฉัตร วัฒนพรชัย[1],นิสา พักตร์วิไล[2],สุนทรี จีนธรรม[2] นงลักษณ์ เล็กรุ่งเรืองกิจ[3]
Purachat Watthanapornchai[1],Nisa pakwilai[2] Soontaree Cheentam[2] Nonglak Lekrungroenggid[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร และเพื่อศึกษาคุณสมบัติถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ใช้พื้นที่ศึกษาที่โรงผลิตยาสมุนไพร ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และศูนย์ปฏิบัติการวิศวกรรมพลังงานและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน วิธีดำเนินการวิจัย โดยทำการทดลองเพื่อหาอัตราส่วนผสมของผงถ่านไม้ : สมุนไพร : แป้ง : น้ำ แล้วนำไปอัดเป็นแท่งถ่าน โดยใช้เครื่องอัดแบบสกรู ขนาดกำลัง 5 แรงม้า แล้วนำถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรที่สามารถขึ้นรูปได้ไปทดสอบคุณสมบัติทางกายภาพ ได้แก่ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ความยาว น้ำหนัก ความชื้นของถ่านอัดแท่ง ความหนาแน่นของก้อนถ่าน (Density) และความหนาแน่นรวม (Bulk Density) และหาคุณสมบัติค่าความร้อนเพื่อใช้เป็นเชื้อเพลิงของถ่านอัดแท่งสมุนไพรทั้งสามสูตร

ผลการวิจัยพบว่า อัตราส่วนผสมของผงถ่านไม้ : สมุนไพร : แป้ง : น้ำ ของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพรจำนวน 3 สูตร ถ่านอัดแท่งสามารถขึ้นรูปได้ดีทั้ง 3 สูตร ถ่านมีการจับตัวเกาะแน่นและมีผิวเรียบเช่นเดียวกับการขึ้นรูปผงถ่านไม้ ถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ทั้ง 3 สูตร มีคุณสมบัติที่สามารถนำไปหุงต้มอาหารได้ ซึ่งเป็นถ่านที่มีการนำกากยาสมุนไพรที่เป็นวัสดุเหลือทิ้งจากโรงงานผลิตยามาใช้ประโยชน์ในการเป็นพลังงานความร้อน และเป็นการจัดการขยะที่ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: การศึกษาคุณสมบัติ ; ถ่านอัดแท่ง ; กากยาสมุนไพร ; การจัดการสิ่งแวดล้อม

Abstracts

This research aimed to study the appropriate ratio of charcoal production from herbal medicine waste and to study the properties of charcoal from herbal medicine waste. This is an experimental research. The study area is a herbal medicine factory, Khlong Si Subdistrict, Khlong Luang District, Pathum Thani Province and the Energy and Environmental Engineering Laboratory Center, Kasetsart University, Kamphaeng Saen. The research methodology is to conduct an experiment to find the mixing ratio of charcoal powder: herbs: flour: water and then compress it into charcoal briquettes using a 5 horsepower screw press. After the process, the charcoal briquettes that can form charcoal mixed with herbs are tested for efficiency by finding physical properties, such as briquette size, diameter, length, weight, moisture content of charcoal before baking, density properties, and bulk density.

The results of the research found that: The experiment to find the ratio of charcoal briquettes from herbal medicine waste, there are 3 formulas the charcoal briquettes from herbal medicine waste in all 3 formulas have the properties that can be used for cooking, which is the charcoal that uses herbal medicine waste, which is a waste material from the pharmaceutical factory, to be used as heat energy and is waste management that helps preserve the environment.

Keywords: Properties study; Charcoal briquette; Herbal medicine waste; Environmental management

บทนำ

พืชสมุนไพรมีความหลากหลายไปตามสภาพและระบบนิเวศตามบริบทในแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกัน

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ Corresponding Author E-mail: ajsoonaj@gmail.com
[3] มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ Corresponding Author E-mail: ajsoonaj@gmail.com

ออกไป การนำพืชสมุนไพรมาปรับใช้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรค และการใช้ประโยชน์ในด้านอื่น ๆ จึงมีความแตกต่างและหลากหลายไปด้วยกัน ความหลากหลายเช่นว่านี้ในพืชสมุนไพร รวมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นความเกี่ยวโยงสัมพันธ์กันระหว่างพืชกับมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมาเป็นเวลาที่ยาวนาน แสดงให้เห็นถึงการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอย่างยั่งยืน[1]

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเร่งรัดพัฒนาประเทศด้วยการใช้โมเดลทางเศรษฐกิจใหม่ที่เรียกว่า BCG in Action : The New Sustainable Growth Engine (Bio-Circular-Green Economy) โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนา 3 เศรษฐกิจ คือ เศรษฐกิจชีวภาพ (Bioeconomy) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) และเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) มุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เศรษฐกิจหมุนเวียน เป็นประเด็นยุทธศาสตร์หลักที่เกี่ยวข้องกับ 4 ยุทธศาสตร์เป้าหมายของ BCG โดยเศรษฐกิจหมุนเวียนได้รับการยอมรับว่าจะช่วยสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจของโลกเพิ่มขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่น้อยลง รวมถึงเป็นการสร้างสังคมแห่งความยั่งยืน อย่างไรก็ดี การขับเคลื่อนนำเศรษฐกิจหมุนเวียนมาปรับใช้ยังไม่เห็นผลความสำเร็จที่ชัดเจนนัก การพัฒนาระบบเศรษฐกิจหมุนเวียนของไทยยังมีประเด็นที่เป็นความท้าทาย ปัญหาต้นทุนสิ่งแวดล้อมและต้นทุนทางสังคมเพื่อการจัดการปัญหามลพิษและผลกระทบที่เกิดขึ้นเพิ่มขึ้นทุกปี[2]

ปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามความเจริญทางเทคโนโลยี และการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและการประหยัดพลังงาน มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า การใช้พลังงานทดแทน มีการบูรณาการด้านการอนุรักษ์พลังงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและประหยัดพลังงาน ปัจจุบันพลังงานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน และเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญในภาคธุรกิจ การใช้พลังงานในปัจจุบันมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการมองข้ามความสำคัญของการประหยัดพลังงาน ทำให้พลังงานลดน้อยลงไปเกิดเป็นปัญหาวิกฤตต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทุกหน่วยงานจึงพยายามหามาตรการลดใช้พลังงานและมีการสนับสนุนให้ใช้พลังงานทดแทน เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมมีพืชผลทางการเกษตรที่สามารถนำมาผลิตเป็นพลังงานทดแทนได้ เช่น กากข้าวโพด ไม้ไผ่ แกลบข้าว ชานอ้อย ผักตบชวา กะลามะพร้าว ผลกระบก[3] การเลือกใช้เชื้อเพลิงที่มีราคาถูกและต้องเป็นเชื้อเพลิงที่มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมน้อยที่สุด ทางออกของการหาแหล่งพลังงานมาใช้ ได้แก่ การนำวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรที่มีคุณสมบัติเหมาะแก่การนำมาแปรรูปเพื่อใช้เป็นพลังงาน สามารถทำได้ด้วยการผลิตเป็นถ่านอัดแท่ง เช่น กะลามะพร้าวซึ่งเป็นชีวมวล นำมาเผาและอัดแท่งด้วยกรรมวิธีอัดเย็นจะให้ถ่านอัดแท่งที่มีคุณสมบัติที่ดีมากและถือว่าเป็นวัตถุดิบอันดับหนึ่งของการผลิตถ่านในกระบวนการอัดเย็น เนื่องจากถ่านอัดแท่งจากกะลามะพร้าวจะให้ความร้อนที่สูงและขี้เถ้าน้อย ทำให้ถ่านอัดแท่งจากกะลา มะพร้าวเป็นที่นิยมของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นอย่างมาก[4] จากปัญหาดังกล่าวและความต้องการในการใช้พลังงานทดแทนที่เพิ่มสูงขึ้น จึงมีการนำวัสดุทางการเกษตรเหลือใช้มาทำถ่านอัดแท่งซึ่งมีจำนวนมากแต่ก็ควรคำนึงถึงคุณภาพสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร โดยศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร และศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการให้พลังงานความร้อน การดูดกลิ่น การรักษาอาการโรคโดยการใช้สมุนไพรนั่งถ่าน ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับเศรษฐกิจหมุนเวียนและส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร

2. เพื่อศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยทำการทดลองผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพรตามอัตราส่วนที่เหมาะสม 3 สูตร โดยนำกากยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรในตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ไปผสมกับผงถ่าน แป้งมันสำปะหลัง และน้ำ ในอัตราส่วนที่เหมาะสม จากนั้นนำไปผลิตเป็นถ่านอัดแท่ง ณ ศูนย์ปฏิบัติการวิศวกรรมพลังงานและสิ่งแวดล้อม วิศวกรรมศาสตร์ กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม แล้วนำถ่านอัดแท่งที่ผสมกากยาสมุนไพร ทั้ง 3 สูตร ไปหาประสิทธิภาพ โดยการวิเคราะห์คุณสมบัติของถ่านอัดแท่ง ณ ห้องปฏิบัติการของศูนย์เชี่ยวชาญนวัตกรรมพลังงานสะอาดและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย โดยใช้วัสดุและอุปกรณ์ และขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. วัสดุและอุปกรณ์

1.1 วัสดุที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) ผงถ่านไม้

2) กากยาสมุนไพร จำนวน 3 สูตร ได้แก่

สูตรที่ 1 : โกฐจุฬาลัมพา ขมิ้น ขิง และไพล

สูตรที่ 2 : พริกไทยดำ และดีปลี

สูตรที่ 3 : ประสะเปราะใหญ่ ลูกจันทน์ และดอกจันทน์

3) แป้งมันสำปะหลัง

4) น้ำเปล่า

1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) เครื่องอัดแท่งถ่าน

2) เครื่องย่อยวัตถุดิบ

3) ตู้อบแห้ง อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส

4) ตราชั่ง ขนาด 15 กิโลกรัม

5) เครื่องชั่งดิจิตอล

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1 การเตรียมถ่านบด

ดำเนินการนำถ่านไม้ไปบดละเอียดด้วยเครื่องย่อยวัสดุดังรูปที่ 1 ให้ได้เป็นผงถ่านไม้ดังรูปที่ 2 และดำเนินการตรวจสอบส่วนประกอบเจือปนอื่นที่ไม่ใช่ผงถ่าน เช่น เศษดิน เศษกิ่งไม้ ดังรูปที่ 3

รูปที่ 1 เครื่องย่อยวัสดุ

รูปที่ 2 ผงถ่านไม้บดละเอียดด้วยเครื่องย่อยวัสดุ

รูปที่ 3 ตรวจสอบสิ่งเจือปนในผงถ่านไม้

รูปที่ 4 ชั่งน้ำหนักผงถ่าน

รูปที่ 5 ชั่งน้ำหนักแป้งมันสำปะหลัง

รูปที่ 6 เตรียมส่วนผสมวัตถุดิบ

รูปที่ 1 คลุกเคล้าส่วนผสมแห้งให้เข้ากัน

รูปที่ 8 คลุกเคล้าส่วนผสมแห้งกับน้ำ

2.2 การเตรียมวัตถุดิบกากยาสมุนไพร

การเตรียมกากยาสำหรับการผสมเพื่อดำเนินการทำเป็นถ่านอัดแท่ง มีทั้งหมด 3 สูตร ดังนี้

สูตรที่ 1 โกฐจุฬาลัมพา ขมิ้น ขิง และไพล

สูตรที่ 2 พริกไทยดำและดีปลี

สูตรที่ 3 ประสะเปราะใหญ่ ลูกจันทน์ และดอกจันทน์

2.3 ขั้นตอนการผสมวัตถุดิบ

ดำเนินการชั่งน้ำหนักวัตถุดิบและส่วนผสมทั้งหมด (รูปที่ 4-รูปที่ 6) แล้วนำไปผสมคลุกเคล้าให้เข้ากันโดยใช้อัตราส่วน ผงถ่านไม้ : สมุนไพร : แป้ง : น้ำ เท่ากับ 4.00 : 1 : 0.50 : 1.67~2.5 (ขึ้นอยู่ลักษณะของวัสดุผสมเพื่อให้ขึ้นรูปเป็นแท่งถ่านได้) โดยทำคลุกเคล้าวัสดุที่แห้งให้เข้ากันก่อน (รูปที่ 7) แล้วจึงใส่น้ำแล้วทำการคลุกเคล้าให้เข้ากันทั่วถึง (รูปที่ 8) โดยปริมาณน้ำอาจแปรผันตามวัตถุดิบและส่วนผสมทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ส่วนผสมวัตถุดิบ

สูตรที่	น้ำหนักผงถ่านไม้ (kg)	น้ำหนักสมุนไพร (kg)	น้ำหนักแป้ง (kg)	น้ำหนักน้ำ (kg)	น้ำหนักส่วนผสมรวม (kg)	ปริมาณน้ำ (%)
1	7.2	1.8	0.9	4.2	14.1	28.79
2	9.6	2.4	1.2	4.0	17.2	23.26
3	7.2	1.8	0.9	4.5	14.4	31.25

2.4 ขั้นตอนการอัดแท่งถ่านผสมสมุนไพร

ดำเนินการเปิดเครื่องอัดถ่านแบบสกรู ขนาดกำลัง 5 แรงม้า แล้วใส่วัสดุที่ผสมคลุกเคล้าเข้ากันดีแล้วลงในช่องป้อนวัสดุ ชุดเกลียวจะอัดและขับดันแท่งถ่านออกทางช่องเปิดด้านข้าง แล้วใช้มีดหรือแผ่นเหล็กตัดแท่งถ่านที่ถูกอัดออกมาที่ความยาว 10-15 เซนติเมตร (รูปที่ 9) ใช้เวลาอัด 20-30 นาที ต่อส่วนผสม 14-16 กิโลกรัม ดังตารางที่ 2

รูปที่ 9 การอัดถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร

ตารางที่ 2 ระยะเวลาอัดถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรแต่ละสูตร

สูตรที่	น้ำหนักส่วนผสม (kg)	ระยะเวลาผสมวัตถุดิบ (นาที)	ระยะเวลาอัด (นาที)	น้ำหนักถ่านอัดแท่ง (kg)
1	14.1	3.12	30.00	14.0
2	17.2	3.68	24.82	15.6
3	14.4	2.37	31.00	13.2

2.5 ขั้นตอนการอบแห้งถ่าน

นำถ่านอัดแท่งที่ขึ้นรูปแล้วไปชั่งน้ำหนักแล้วนำเข้าตู้อบแห้งอุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส โดยใช้เวลาอบ 8 ถึง 12 ชั่วโมง (รูปที่ 10) ได้น้ำหนักถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรแต่ละสูตรดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 น้ำหนักถ่านอัดแท่งผสมกากยาสมุนไพร

สูตรที่	น้ำหนักถ่านอัดแท่งก่อนอบแห้ง (kg)	น้ำหนักถ่านอัดแท่งหลังอบแห้ (kg)
1	14.0	9.68
2	15.6	11.75
3	13.2	9.15

รูปที่ 10 การอบแห้งถ่านอัดแท่ง

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร

ผู้วิจัยได้ศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร โดยได้ทำการทดลองอัดแท่งด้วยการขึ้นรูปถ่านอัดแท่งจำนวน 3 อัตราส่วนที่แตกต่างกัน จนได้อัตราส่วนผสมของถ่านผสมกากยาสมุนไพรที่เหมาะสม โดยเป็นอัตราส่วนผสมระหว่างผงถ่านต่อตัวประสาน และได้ทำการทดสอบอัดแท่งถ่าน โดยใช้ส่วนประกอบของ ผงถ่านไม้ : สมุนไพร : แป้ง : น้ำ ทั้ง 3 สูตร มีดังนี้

สูตรที่ 1 อัตราส่วน 4.00 : 1 : 0.50 : 2.33

สูตรที่ 2 อัตราส่วน 4.00 : 1 : 0.50 : 1.67

สูตรที่ 3 อัตราส่วน 4.00 : 1 : 0.50 : 2.50

โดยอัตราส่วนของน้ำจะแปรผันตามความชื้นของวัตถุดิบสมุนไพรที่ใช้ในการผสมเพื่ออัดแท่งถ่าน พบว่า สามารถอัดแท่งขึ้นรูปถ่านผสมกากยาสมุนไพรได้ดีทั้ง 3 สูตร กล่าวคือ ถ่านมีการจับตัวเกาะแน่นและมีผิวเรียบได้เช่นเดียวกับการขึ้นรูปผงถ่านไม้

2. ผลการศึกษาคุณสมบัติถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร

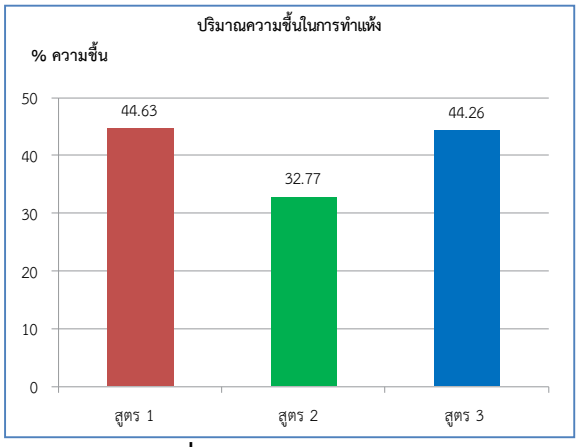
2.1 ผลการศึกษาความชื้นของถ่านอัดแท่งผสมกากยาสมุนไพร

ผลการทดสอบหาปริมาณน้ำเทียบกับน้ำหนักแห้งของถ่านผสมสมุนไพรอัดแท่งทั้ง 3 สูตร พบว่ามีปริมาณน้ำในถ่านอัดแท่งสูตรที่ 1,2 และ 3 เท่ากับ 44.63%, 32.77% และ 44.26% ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชื้นของถ่านอัดแท่งก่อนอบ Water content (Dry basis)

สูตรที่	น้ำหนักถ่านอัดแท่งก่อนอบแห้ง (kg)	น้ำหนักถ่านอัดแท่งหลังอบแห้ง (kg)	น้ำหนักน้ำ (kg)	Water content (Dry basis) (%)
1	14.0	9.68	4.32	44.63
2	15.6	11.75	3.85	32.77
3	13.2	9.15	4.05	44.26

ผลการทดสอบหาปริมาณน้ำ- Water content (Dry basis) ที่ทดสอบได้จากตารางที่ 4 จะมีค่าสูงกว่าปริมาณที่ใส่ลงในส่วนผสมถ่านอัดแท่งแต่ละสูตรจากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในผงถ่านและส่วนผสมสมุนไพรในสูตรที่ 1, 2 และ 3 ยังมีปริมาณน้ำในวัตถุดิบแห้งอยู่เท่ากับ 15.84%, 9.51% และ 13.01% ตามลำดับ แสดงดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 Water content (Dry Basis)

จากภาพประกอบที่ 1 พบว่ามีปริมาณน้ำในถ่านอัดแท่งสูตที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 44.63%, 32.77% และ 44.26% ตามลำดับ

2.2 คุณสมบัติทางกายภาพ

การศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร โดยการสุ่มตัวอย่างก้อนถ่านจำนวน 3 ตัวอย่างต่อสูตร แล้วทำการวัดความยาวและเส้นผ่านศูนย์กลางด้วยเวอร์เนียคาลิปเปอร์ พร้อมชั่งน้ำหนักของถ่านแต่ละก้อนด้วยเครื่องชั่งดิจิตอล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลทางกายภาพของถ่านอัดแท่ง

ถ่านอัดแท่ง	น้ำหนัก (กรัม)	ความยาว (มิลลิเมตร)	ϕ (มิลลิเมตร)
สูตร 1	182.27	140.33	50.74
สูตร 2	163.90	118.69	51.45
สูตร 3	171.17	123.14	51.89

จากตารางที่ 5 พบว่าถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรสูตรที่ 1,2 และ 3 มีน้ำหนักเฉลี่ยต่อก้อน เท่ากับ 182.27, 163.90 และ 171.17 กรัม ตามลำดับ มีความยาวเฉลี่ย 140.33, 118.69 และ 123.14 มิลลิเมตร ตามลำดับ และมีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 50.74, 51.45 และ 51.89 มิลลิเมตร ตามลำดับ

2.3 คุณสมบัติความหนาแน่น

การศึกษาความหนาแน่นของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร โดยการสุ่มตัวอย่างก้อนถ่านอัดแท่งใส่ลงในกล่องสี่เหลี่ยมให้เต็มกล่องที่ทราบปริมาตรแน่นอน แล้วทำการชั่งน้ำหนัก และนำมาคำนวณหาความหนาแน่นโดยใช้สมการ ความหนาแน่นก้อนถ่าน (Density) (g/cm^3) = น้ำหนักก้อนถ่านอัดแท่ง(g) / ปริมาตรก้อนถ่านอัดแท่ง (cm^3) และความหนาแน่นรวม (Bulk Density) (g/cm^3) = น้ำหนักถ่านอัดแท่ง (g) /ปริมาตรกล่อง (cm^3) ดังตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ผลทดสอบความหนาแน่นของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร

ถ่านอัดแท่ง	น้ำหนักถ่านอัดแท่งเฉลี่ยต่อก้อน (g)	ปริมาตร (cm^3)	**ความหนาแน่น (Density) (g/cm^3)**
สูตร 1	182.27	283.09	0.64
สูตร 2	163.90	246.76	0.66
สูตร 3	171.17	260.41	0.66
เฉลี่ย			0.65

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าความหนาแน่นของถ่านอัดแท่งทั้ง 3 สูตร มีความหนาแน่น 0.64, 0.66 และ 0.66 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.65

ตารางที่ 7 คุณสมบัติความหนาแน่นรวม (Bulk Density)

ครั้งที่	น้ำหนัก (g)				ปริมาตรกล่อง (cm^3)	ความหนาแน่นรวม (g/cm^3)		
	กล่อง	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 3		สูตร 1	สูตร 2	สูตร 3
1	0.09	2,118.90	2,176.50	2,091.30	3,612.50	0.587	0.602	0.579
2	0.09	2,099.80	2,126.00	2,086.70	3,612.50	0.581	0.588	0.578
3	0.09	2,105.60	2,147.30	2,089.00	3,612.50	0.583	0.594	0.578
เฉลี่ย	**0.09**	**2,108.10**	**2,149.93**	**2,089.00**	**3,612.500**	**0.584**	**0.595**	**0.578**

ผลการทดสอบพบว่า ค่าความหนาแน่นของก้อนถ่านอัดแท่งสมุนไพรทั้ง 3 สูตรมีค่าเฉลี่ย 0.653 g/cm^3 เช่นเดียวกับค่าความหนาแน่นรวมของถ่านสมุนไพรทั้ง 3 สูตรมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.584 g/cm^3, 0.595 g/cm^3 และ 0.578 g/cm^3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความหนาแน่นรวม เท่ากับ 0.586 g/cm^3

ตารางที่ 8 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติของถ่านอัดแท่ง (ASTMD 7582 and D 5865)

ถ่านอัดแท่ง	คุณสมบัติ				
	ความร้อน %	ความชื้น %	เถ้า%	ถ่านคงตัว %	สารระเหย %
สูตร 1	6,170	-	6.80	44.28	48.92
สูตร 2	6,143	-	8.64	49.31	42.05
สูตร 3	6,097	-	7.04	44.50	48.46

ผลการตรวจวิเคราะห์ พบว่า ถ่านอัดแท่งสูตรที่ 1 มีค่าความร้อน เท่ากับ ร้อยละ 6,170 ปริมาณเถ้า ร้อยละ 6.80 ถ่านคงตัว ร้อยละ 44.28 และสารระเหย ร้อยละ 48.92 สูตรที่ 2 ค่าความร้อน เท่ากับ ร้อยละ 6,143 ปริมาณถ้า ร้อยละ 8.64 ถ่านคงตัว ร้อยละ 49.31 และ สารระเหย ร้อยละ 42.05 และสูตรที่ 3 ค่าความร้อน เท่ากับ ร้อยละ 6,097 ปริมาณเถ้า ร้อยละ 7.04 ถ่านคงตัว ร้อยละ 44.50 และ สารระเหย ร้อยละ 48.46 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร พบว่า อัตราส่วนที่เหมาะสมของถ่านอัดแท่ง 3 สูตร โดยมีอัตราส่วนระหว่าง ผงถ่าน : กากยาสมุนไพร : แป้งมันสำปะหลัง : น้ำ (กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : ลิตร) สูตรที่ 1 อัตราส่วน 4.00 : 1.00 : 0.50 : 2.33 สูตรที่ 2 อัตราส่วน 4.00 : 1.00 : 0.50 : 1.67 สูตรที่ 3 อัตราส่วน 4.00 : 1.00 : 0.50 : 2.50ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรทั้ง 3 สูตร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากากยาสมุนไพรต่างชนิดกันมีความชื้นของวัตถุดิบไม่เท่ากัน จึงทำให้ใช้น้ำในอัตราส่วนไม่เท่ากันในการผสมผงถ่านเพื่อให้สามารถอัดขึ้นรูปเป็นแท่งถ่านได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติชาติ เผ่าพงษ์ไพบูลย์ และคณะ[5] ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพถ่านอัดแท่งจากกะลามะพร้าวผสมกะลาปาล์มโดยใช้แป้งมันสำปะหลังเป็นตัวเชื่อมประสาน งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพถ่านอัดแท่งกะลามะพร้าวด้วยการผสมกับกะลาปาล์ม โดยจะแทนที่ผงถ่านกะลามะพร้าวด้วยผงถ่านกะลาปาล์มในอัตราส่วนร้อยละ 0, 25, 50, 75 และ 100 โดยน้ำหนัก ใช้อัตราส่วนแป้งมันสำปะหลังต่อผงถ่านเท่ากับ 1 : 10 ทำการทดสอบคุณภาพถ่านอัดแท่ง ได้แก่ ปริมาณความชื้น และค่าความร้อน จากผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มปริมาณผงถ่านกะลาปาล์มจะทำให้ถ่านอัดแท่งกะลามะพร้าวมีค่าความร้อนเพิ่มขึ้นในขณะที่ปริมาณความชื้นจะมีค่าลดลง ถ่านอัดแท่งกะลามะพร้าวผสมกับกะลาปาล์มทุกส่วนผสมผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชนถ่านอัดแท่ง 238/2547 และสามารถนำไปใช้งานให้ความร้อนในครัวเรือน ที่กำหนดว่าค่าพลังงานความร้อนต้องไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี/กรัมหรือ 20.920 MJ/kg

จากนั้นพิจารณา ค่าความหนาแน่น พบว่า ถ่านอัดแท่งจากผลต้นแดงในอัตราส่วนผสม 7:3 มีความหนาแน่นเหมาะสมที่สุด คือ 735.74 Kg /m3และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งก าหนดว่าความหนาแน่นของถ่านอัดแท่งต้องไม่เกิน 0.8 g/cm3 หรือ 800 kg/cm3 พิจารณา ปริมาณเถ้า พบว่า ถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมและผลต้นแดงในทุกอัตราส่วนผสมมีปริมาณเถ้าสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา พิจารณา ระยะเวลาในการเผาไหม้ พบว่า ถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมในอัตราส่วนผสม 8:2 มีระยะเวลาในการเผาไหม้สูงที่สุดคือ 326 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งกำหนดว่าเวลาในการเผาจนหมดควรนานกว่า 60 นาที เมื่อพิจารณาการแตกประทุของถ่านอัดแท่ง จากผลมะเลื่อมและผลต้นแดงทุกอัตราส่วนผสมไม่มีการแตกประทุและตรงตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์ (มผช. 238/2547) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปฐมพงษ์ เที่ยงเพชร[3] ได้ศึกษา อัตราส่วนที่เหมาะสมและคุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่งจากผลกระบก งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลกระบก (Irvingia malayana Oliv. ex A.W. Benn.) ที่มีมากในพื้นที่ชนบทมาผลิตเป็นถ่านอัดแท่ง ถ่านอัดแท่งนี้ใช้เป็นพลังงานทดแทน โดยให้ความร้อนในการเผาผลกระบกที่อุณหภูมิ 1,000 องศาเซลเซียส ใช้เวลาในการเผา 3 ชั่วโมง มีกาวแป้งเปียกเป็นตัวประสานผ่านกระบวนการอัดแท่งด้วยเครื่องอัดถ่านโดยกรรมวิธีอัดเย็น พบว่า ผลกระบกสามารถนำมาเผาได้ถ่านที่มีสีดำ น้ำหนักเบา นำมาบดให้ละเอียดจนเป็นผงถ่าน ผสมผงถ่านผลกระบกกับกาวแป้งเปียกในอัตราส่วน 6:1 คลุกเคล้าให้เข้ากัน นำมาอัดให้เป็นแท่งเชื้อเพลิง ได้ถ่านอัดแท่งคงรูปไม่แตกหักเมื่อนำไปอบที่โรงอบแห้งพลังงานแสงอาทิตย์ ผลจากการศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่งจากผลกระบกเปรียบเทียบกับถ่านอัดแท่งจากไม้เบญจพรรณ พบว่าถ่านอัดแท่งจากผลกระบกมีคุณสมบัติและคุณภาพที่ดีในการนำมาผลิตเป็นถ่านอัดแท่ง มีอัตราการเผาไหม้เฉลี่ย 3.60 กรัม/นาที ปริมาณเถ้า ร้อยละ 17.41 ปริมาณความชื้น ร้อยละ 7.18 โดยน้ำหนัก และมีค่าความร้อน 6,500 แคลอรี/กรัม ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่สูงเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชนถ่านอัดแท่งกำหนดค่าความร้อนต้องไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี/กรัม จึงจัดได้ว่าถ่านอัดแท่งจากผลกระบกมีประสิทธิภาพการใช้งานให้พลังงานสูง เหมาะสำหรับใช้งานหุงต้มในครัวเรือน ชุมชน หรือผลิตเพื่อการค้า เนื่องจากไม่มีการแตกปะทุของถ่าน มีการติดไฟดี ไม่มีเขม่ามีควันเล็กน้อย และไม่มีกลิ่นและค่าพลังงานความร้อนของถ่านอัดแท่งจากผลกระบกมีค่าความร้อนสูงกว่าถ่านอัดแท่งจากไม้เบญจพรรณที่มีขายตามท้องตลาด ถ่านอัดแท่งจากไม้เบญจพรรณมีค่าความร้อนคือ 6,330 แคลอรี/กรัม ด้วยอรรถประโยชน์เหล่านี้ เชื้อเพลิงอัดแท่งจากผลกระบกมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้แทนการใช้เชื้อเพลิงจากฟืนและถ่านไม้จากป่าธรรมชาติ ซึ่งเป็นการช่วยลดภาวะโลกร้อนได้อีกทางหนึ่งด้วย

2. ผลการศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร พบว่า คุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรสูตรที่ 1, 2 และ 3 มีน้ำหนักเฉลี่ยต่อก้อน เท่ากับ 182.27, 163.90 และ 171.17 กรัม ตามลำดับ มีความยาวเฉลี่ย 140.33, 118.69 และ 123.14 มิลลิเมตร ตามลำดับ และมีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 50.74, 51.45 และ 51.89 มิลลิเมตร ตามลำดับ และความหนาแน่นของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรสูตรที่ 1, 2 และ 3 พบว่ามีความหนาแน่นเท่ากับ 0.64,0.66 และ 0.66 เฉลี่ยเท่ากับ 0.653 กรัมต่อลูกบาศก์เซนติเมตร (g/cm^3) ทั้งนี้เนื่องจากถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรทั้ง 3 สูตร มีอัตราส่วนผสมของวัตถุดิบที่ไม่ต่างกันมากนัก จึงทำให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญารัตน์ ชื่นด้วง และคณะ[6] ได้ศึกษาเรื่อง ถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรสำหรับกระบวนการแพทย์แผนไทย เป็นงานวิจัยที่นำเศษถ่านที่เหลือจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์จากโรงงานอุตสาหกรรมอิฐมาผลิตเป็นเชื้อเพลิงอัดแท่งเพื่อเพิ่มมูลค่า และเพื่อศึกษากระบวนการผลิตถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร วิเคราะห์หาอัตราส่วนผสมของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรที่มีอัตราส่วนที่ทำให้ถ่านอัดแท่งมีน้ำหนักเท่ากันทุกก้อนกัน เพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ในวิจัยนี้ได้คำนวณไว้

ทั้งหมด 4 อัตราส่วน อัดที่แรงดันต่างกันคือ 10 kN และ 20 kN โดยทำการอัดแท่งเป็นทรงกระบอกกลวง เส้นผ่านศูนย์กลางภายนอกและภายในมีขนาด 36 และ 7 มิลลิเมตร ตามลำดับ ความยาวประมาณ 45 - 75 มิลลิเมตร และนำถ่านอัดแท่งสมุนไพรมาทำการทดสอบทั้งหมด 4 การทดสอบ เพื่อทดสอบคุณสมบัติของถ่าน โดยจะมีการทดสอบค่าความร้อน ทดสอบการต้มน้ำเดือด ทดสอบด้วยแรงอัด และทดสอบความทนทานของถ่านอัดแท่ง ผลการทดสอบ พบว่า อัตราส่วนที่ให้ค่าความร้อนได้ดีที่สุด คือ อัตราส่วน 32 : 4 : 4 เป็นอัตราส่วนที่มีค่าความร้อน อยู่ที่ 5,995 - 6,100 แคลอรี่ต่อกรัม และมีประสิทธิภาพความร้อนดีที่สุดเมื่อเทียบกับส่วนอื่นๆ และอัตราส่วนที่มีความแข็งแรงและมีความทนทานมากที่สุดคือ 28 : 4 : 8 เมื่อทดสอบความทนทาน พบว่าถ่านหายไปเพียง 3.51 - 4.97 % ทดสอบด้วยแรงอัด พบว่า สามารถรับแรงอัดเฉลี่ยได้เยอะที่สุดคือ 4,660.40 และ 7,717.59 N และมีค่าความเค้นเฉลี่ย 45.8 kPa และ 75.8 kPa และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วสันต์ ปินะเต[7] ได้ศึกษาประสิทธิภาพถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมและผลต้นแดง การวิจัยนี้เป็นผลของต้นไม้ยืนต้นที่มีปริมาณมากในพื้นที่มาทำการวิจัยโดย การผลิตถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อม (ผลมะเลื่อม : แป้งมัน) ที่อัตราส่วนผสม 8:2 และ 7:3 กับ ผลต้นแดง (ผลต้นแดง : แป้งมัน) ที่อัตราส่วนผสม 8:2 และ 7:3 ซึ่งใช้วิธีการอัดแท่งแบบ อัดเย็นด้วยเครื่องอัดชนิดเกลียวโดยใช้มอเตอร์ไฟฟ้าขนาด 3.5 แรงม้าและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อม และผลต้นแดงในอัตราส่วนผสมของตัวประสานที่แตกต่างกัน โดยทำการวิเคราะห์ค่าพลังงานความร้อน ปริมาณเถ้า ความหนาแน่น ระยะเวลาในการเผาไหม้และกระแตกประทุของถ่านอัดแท่งเพื่อพิจารณาส่วนผสมที่ดีที่สุดต่อการเป็นถ่านอัดแท่งที่มีประสิทธิภาพ ผลการทดลองพบว่า การผลิตถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมและผลต้นแดงในทุกอัตราส่วนผสมสามารถผลิตเป็นถ่านอัดแท่งซึ่งได้ถ่านที่มีลักษณะผิวเรียบ ก้อนถ่านอัดแท่งแห้งสนิท แข็งคงรูป เกาะตัวเป็นแท่งอย่างดี และเมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าพลังงานความร้อน พบว่าถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมในอัตราส่วนผสม 8:2 มีค่าพลังงานความร้อนสูงสุดคือ 25.917 MJ/kg และผ่านมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัย เรื่อง การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพรเพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งและศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 โรงงานผลิตยาสมุนไพร และวิสาหกิจชุมชนด้านสมุนไพรสามารถนำสูตรถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร ทั้ง 3 สูตรไปพัฒนาต่อยอดทำผลิตภัณฑ์ถ่านอัดแท่งสมุนไพรจำหน่ายเป็นสินค้าชุมชนและนำไปสู่การส่งออกหรือจำหน่ายให้กับร้านอาหารได้

1.2 ผู้ประกอบการร้านอาหารสามารถนำถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรไปใช้ในการปิ้งย่างอาหารเพื่อให้เกิดความหอมของกลิ่นสมุนไพรเป็นการเพิ่มคุณสมบัติของอาหารในด้านประโยชน์ของกลิ่นสมุนไพร และเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์อาหาร

1.3. สถานพยาบาลทางการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถนำสูตรและวิธีการผลิตถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาโรคของสตรีโดยใช้วิธีนั่งถ่าน หรือทำถ่านอัดแท่งสมุนไพรสำหรับใช้อยู่ไฟให้กับสตรีหลังคลอดโดยเลือกสมุนไพร และไม้สำหรับทำถ่านให้ถูกต้องตามหลักทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยสาขาการผดุงครรภ์ไทย และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในธุรกิจสปาได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพรตามตำรับยาและสรรพคุณของสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคที่ใช้ในการรมควัน การนั่งถ่าน การอยู่ไฟ การสุมยา การย่างยา และอื่น ๆ ตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

2.2 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำวัสดุเหลือทิ้งจากการเกษตร เช่น เหง้าปาล์มน้ำมัน และวัสดุเหลือทิ้งจากการผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้ไผ่และไม้ชนิดอื่นมาทดลองทำถ่านอัดแท่งสูตรต่าง ๆ เพื่อเป็นการนำวัสดุเหลือทิ้งมาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามหลักเศรษฐกิจหมุนเวียน (Bio economy) เป็นการช่วยลดขยะ และลดปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม

2.3 ควรศึกษาประสิทธิภาพของถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพร โดยการทดสอบคุณสมบัติในห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ASTM เช่น ค่าความชื้น เถ้า สารระเหย ถ่านคงตัว ค่าความร้อน และนำถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรไปทดสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.23822547) เพื่อให้ได้ถ่านอัดแท่งที่มีคุณภาพมาตรฐานเกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. ศศิธร พุทธรักษ์. ประถม ทองศรีรักษ์. และ กาญจนา ราชสุวรรณ. (2561). การสำรวจพืชสมุนไพรในพื้นที่ปกปักทรัพยากร มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนตามภูมิปัญญาท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
2. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.(2563). รายงานประจำปี 2563 สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ISBN: 978-616-8261-96-5. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 111 อุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี.
3. ปฐมพงษ์ เที่ยงเพชร. ราตรี บุมี. ขวัญดาว แจ่มแจ้ง. (2566). ศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมและคุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่งจากผลกระบก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566.
4. แม้นวาด รัชนีกร ไกรลาศ. และคณะ. (2566). การพัฒนาถ่านอัดแท่งที่เหมาะสมจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรประเภทเปลือกเมล็ดกระบก. วารสารวิชาการเทพสตรี I-TECH.
5. กิตติชาติ เผ่าพงษ์ไพบูลย์ และคณะ (2567). การพัฒนาคุณภาพถ่านอัดแท่งจากกะลามะพร้าวผสมกะลาปาล์มโดยใช้แป้งกันสำประหลังเป็นตัวเชื่อมประสาน.วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม.มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
6. กัญญารัตน์ ชื่นด้วง. ชนิฎฐา พัฒนจันทร์. ณัฐพล หลากสุขถม. (2561).ถ่านอัดแท่งผสมสมุนไพรสำหรับกระบวนการแพทย์แผนไทย. ปริญญานิพนธ์.มหาวิทยาลัยนเรศวร.
7. วสันต์ ปินะเต.ดวงกมล ดังโพนทอง. (2567). ประสิทธิภาพถ่านอัดแท่งจากผลมะเลื่อมและผลต้นแดง. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. ประชุมวิชาการระดับชาติ.

โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในเขตสุขภาพนำร่อง : ประเด็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อ

Proposal for a digital health platform synthesis project in pilot health regions based on National Public Health Reform Policy: Addressing Emerging Infectious Diseases and Noncommunicable Diseases (NCDs).

(Received: February 7,2025 ; Revised: February 12,2025 ; Accepted: February 13,2025)

อนันต์ กนกศิลป์[1] บุญชัย กิจสนาโยธิน[2] กนกวรรณ มาป้อง[1] รุ่งนิภา อมาตยคง[1]
Anant Kanoksilp[1] Boonchai Kijsanayotin[2] Kanokwan Mapong[1] Roongnipa Amattayakong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาหารูปแบบและแนวทางในการจัดการที่เหมาะสมทั้งระบบนิเวศน์ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัล โดยดำเนินการเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1) การทบทวนระบบสุขภาพดิจิทัล ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่ดีจะต้องมีการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีอำนาจการตัดสินใจและอยู่ในวาระต่อเนื่อง มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล และให้ความสำคัญกับการมีมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ โดยมีแบบอย่างที่ดีของ ออสเตรเลีย อังกฤษ ฟินแลนด์ และ อินเดีย 2) การพัฒนาเครื่องมือต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล มีการบูรณาการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากหลายแหล่งฐานข้อมูล มีการเชื่อมโยงข้อมูลอัตโนมัติโดยตรงจากโรงพยาบาลเข้าสู่ส่วนกลาง สามารถแสดงข้อมูลสุขภาพผ่านโมบายแอปพลิเคชัน มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการรักษาพยาบาล และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ ปรับการบริหารจัดการข้อมูลเป็นแบบ Silo Base ให้เป็นแบบ Authority Base เพื่อการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน จึงมีข้อเสนอเพื่อพัฒนาใน 5 พันธกิจ และจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบสุขภาพดิจิทัลโดยตรง โดยมีข้อเสนอแผนปฏิบัติการจัดตั้งองค์กรกลางด้านระบบสุขภาพดิจิทัล (National Digital Health Authority)

คำสำคัญ: ระเบียนประวัติสุขภาพส่วนบุคคล, สารสนเทศสุขภาพของบุคคล, ข้อมูลสุขภาพดิจิทัลแพลตฟอร์มด้านสุขภาพ, มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ, การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

Aabstract

This study was survey research by analytical study aimed to study and find a suitable management model and approach for the whole ecosystem that affects the drive of the digital health system. It was carried out in three parts: 1) digital health system review; The study found a digital health governance model requires collaborative governance. have a strong leadership, has authority and constantly in position There is a central agency that drives the development of digital health systems. and to focus on the standardization of the health data system There are good examples of Australia, England, Finland, and India. 2) Developed prototype tools of personal health information system; Personal health data from multiple database sources is integrated and automatically linked directly from the hospital to the central, can display health information through mobile applications and link between hospitals to use in medical treatment and 3) synthesize recommendations; to reform data management from Silo Base to Authority Base for sustainable. Therefore, there are proposals in 5 mission and it is necessary to have an agency directly responsible for the digital health system. There is a proposal for an action plan to establish National Digital Health Authority.

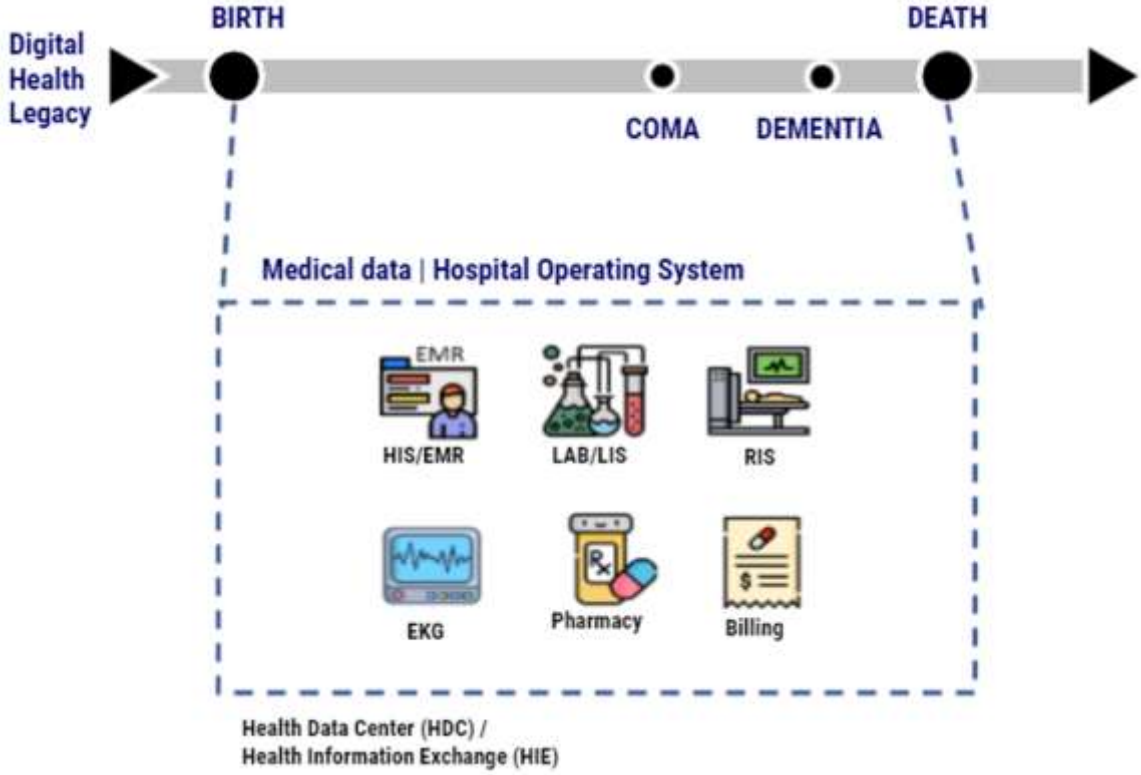
Keywords: Personal Health Record, PHR, Personal Health Information, PHI, Digital Health Platform, DHR, Health Information Exchange, HIE, Hospital Information System, HIS, Health Data Standards, HL7-FHIR

---

[1] ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
[2] สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย

บทนำ

ปัญหาในการขับเคลื่อนระบบดิจิทัลเพื่อขับเคลื่อนสาธารณสุขไทยมีรายงานผลการพิจารณาและการศึกษาซึ่งพบว่าในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีการนำระบบปฏิบัติโรงพยาบาลที่เป็นระบบเปิด Open Source ทั้งแบบการให้บริการเช่าซื้อหรือการติดตั้งระบบแบบฟรีมาอย่างยาวนานซึ่งการพัฒนาดังกล่าวเป็นการพัฒนาโดยบุคลากรทางการแพทย์และนักเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งหลายครั้งทำให้รูปแบบการจัดการข้อมูลที่ต้องมีมาตรฐานได้รับการลดความสำคัญลง รวมถึงข้อจำกัดการควบคุมความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ระบบดังกล่าวยังเป็นภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเข้าใจถึงรหัสการแพทย์และสุขภาพต่างๆ ที่บางครั้งไม่มีความชัดเจน อย่างไรก็ตามทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามส่งเสริมให้มีการยกระดับการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์อย่างจริงจัง แต่ด้วยระบบสารสนเทศสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนสูงหรือ Digital Health Legacy ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตยังไม่ได้รับการบริการที่ดีเพียงพอ[1-4]



ภาพที่ 1 Digital Health Legacy

ทั้งนี้งานศึกษาดังกล่าวสอดคล้องรายงานของคณะอนุกรรมาธิการระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทยได้ระบุปัญหาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของประเทศไทยมีหลายระบบ มีข้อมูลตัวชี้วัดโครงการต่างๆ มากมาย เกิดความซ้ำซ้อน ไม่สามารถบูรณาการและระบบข้อมูลส่วนใหญ่ทั้งที่มีความจำเป็นและไม่มีความจำเป็นแต่ด้วยเป็นข้อมูลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแล รักษาและคงไว้ซึ่งความมั่นคงปลอดภัยทางระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ยังมีในส่วนระบบรายงานและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นหัวใจสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามระบบสารสนเทศดังกล่าวของทั้งประเทศยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่เพื่อการดูแลรักษาประชาชน ตลอดจนเพื่อยกระดับและช่วยการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ระบบสารสนเทศที่มีตอบสนองความ

ต้องการของผู้ใช้ที่เป็นผู้ให้บริการ และประชาชนมีน้อย และไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพของตนที่ถือว่าเป็น “อธิปไตยข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Data Sovereignty)”

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยในแผนปฏิรูปประเทศได้มีการระบุแผนการพัฒนาและวางรากฐานด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ เช่น ด้านมาตรฐานข้อมูล กฎหมายความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว และการนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ การเงินการคลัง และระบบปฐมภูมิ ซึ่งเป็นโจทย์การปฏิรูปที่สำคัญของประเทศ ทางกระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ได้มีตอบสนองต่อแผนโดยมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ที่ประกอบด้วยการดำเนินการในมาตรการหลัก 4 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างแพลตฟอร์มหลักระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ขับเคลื่อนการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (National Digital Healthcare Standards) การพัฒนาระบบการประมวลผลข้อมูลสุขภาพและระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support Systems) และการพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แต่การดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ของ คปสธ. และ กระทรวงสาธารณสุข ยังขาดองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อมาสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของทางเลือกต่างๆ

การงานวิจัยเชิงดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้นโยบายและมาตรการเหล่านั้นสามารถเกิดผลที่สร้างประโยชน์ต่อประชาชนได้อย่างแท้จริง ในปี 2564 นี้ คณะปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีมติให้สร้างกลไกการทำงานของคณะปฏิรูปด้านสาธารณสุขด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้เกิดจุดร่วมที่ควรดำเนินการด้านระบบข้อมูลสุขภาพร่วมกันของประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุข (Big rocks) กล่าวคือ หากต้องการใช้ข้อมูลสามารถเชื่อมโยงและใช้งานร่วมกันได้ ต้องมีการพัฒนาให้เกิดการบูรณาการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของระบบข้อมูลต่างระบบกันให้ทำงานร่วมกัน (Interoperability) และเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนกันได้ (Health Information Exchange) โดยเน้นให้เกิดการใช้งานระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อไปขับเคลื่อนภารกิจในแต่ละประเด็นปฏิรูป ได้แก่ ด้านโรคไม่ติดต่อ ด้านโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ด้านการเงินการคลังสุขภาพ และด้านผู้สูงอายุ คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ภายใต้ คณะปฏิรูปด้านสาธารณสุข มีมติให้จัดทำโครงการ เพื่อศึกษา วิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนาต้นแบบระบบสารสนเทศสุขภาพของบุคคล (PHI : Personal Health Information) บนดิจิทัลแพลตฟอร์มด้านสุขภาพ (Digital Health Platform) ในพื้นที่เขตสุขภาพนำร่องเพื่อนำร่องในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12

ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน มีการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการบริการของโรงพยาบาล โดยแต่ละโรงพยาบาลต่างคนต่างพัฒนาโปรแกรมที่ให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้เกิดรูปแบบข้อมูลที่หลากหลาย ขาดมาตรฐานและขาดศูนย์กลางในการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลดิจิทัลข้ามหน่วยงานได้ หรือทำได้โดยต้องมีกระบวนการเพิ่มเติมอีกมากมายทำให้มีการลงทุนที่ซ้ำซ้อนและสิ้นเปลืองงบประมาณ ส่งผลกระทบเมื่อต้องการนำระบบดิจิทัลมาใช้และต้องการให้ข้อมูลมีการบูรณาการจะยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ กลไกการขับเคลื่อนระบบข้อมูลสุขภาพ และการส่งข้อมูลสุขภาพถูกขับเคลื่อนด้วยกองทุนต่างๆ ที่ต่างคนต่างกำหนดรูปแบบในการส่งข้อมูลของตนเองทำให้เป็นภาระอย่างยิ่งแก่หน่วยบริการที่ต้องเพิ่มกระบวนการในการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายแยกตามความต้องการของกองทุนต่างๆ ซึ่งต่างจากระบบสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านของเราเช่น

สิงคโปร์ ไต้หวัน หรือแม้แต่อังกฤษ ที่มีการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เป็นระบบเดียวกันโดยใช้โปรแกรมหรือใช้มาตรฐานข้อมูลเดียวกันในการให้บริการและมีหน่วยงานกลางของประเทศที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพจึงไม่ความยุ่งยากมากนักในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพข้ามหน่วยบริการ[5]

เพื่อการจัดการเชิงระบบที่ยึดประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Citizen Centric) ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพรายบุคคลและ เป็นการคืนอำนาจในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จึงเน้นการจัดการเชิงคุณค่า (Value Base) โดยอาศัยการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพเป็นแกนกลางนำไปสู่การพัฒนาระบบนิเวศน์สุขภาพดิจิทัล ที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ทั้งการบริการสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชนก่อให้เกิดรูปแบบการบริการใหม่ๆ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับระบบที่กำหนดโดยโรงพยาบาลหรือกองทุนประกันสุขภาพเช่นในปัจจุบัน การรับบริการสุขภาพไม่จำต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือคลินิกเพียงอย่างเดียวเหมือนที่ผ่านมาประชาชนสามารถเลือกรับบริการสุขภาพได้ตามความต้องการ (คล้ายๆ กับการย้ายค่ายโทรศัพท์มือถือโดยใช้เบอร์เดิม) สามารถเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพได้เอง (เหมือนเปลี่ยนโปรโมชั่นโทรศัพท์มือถือ) หรือเลือกซื้อบริการสุขภาพเสริม เพิ่มได้ตามความต้องการ นอกจากนั้นยังจะเกิดบริการสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ตามมา เช่น การออกแบบวิถีชีวิต (Life Style Coaching) Online เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุก (Proactive Care) เป็นต้น[1]

การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยในปัจจุบัน ไม่สามารถบังคับให้หน่วยบริการต่างๆ เปลี่ยนมาใช้โปรแกรมที่เป็นระบบเดียวกันได้อีกแล้ว จึงจำเป็นต้องดำเนินการ โดยใช้แนวคิด Reverse Single System ด้วยการสร้างแพลตฟอร์มกลาง และมีการพัฒนามาตรฐานระบบให้มีการใช้มาตรฐานเดียวกัน และใช้มาตรฐานกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ จึงจะทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลจากต่างแหล่งข้อมูลได้ ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ รวมไปถึงอุปกรณ์เซนเซอร์ อุปกรณ์สวมใส่ที่เป็น Internet of Thing (IoT) ทั้งที่อยู่ในสถานพยาบาลและอยู่นอกสถานพยาบาลโดยอาศัยเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคมที่ทันสมัย ทำให้ข้อมูลสามารถถูกรวบรวมมาเป็นข้อมูลส่วนบุคคลได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดการพัฒนาระบบให้บริการที่เกินกว่าขอบเขตของการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine แบบเดิมที่มุ่งเน้นพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ชายขอบหรือขาดแคลนทรัพยากร แต่ยังไม่สามารถบูรณาการข้อมูลสุขภาพได้ โดยเรียกระบบนี้ว่าระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) [1]

ซึ่งจะทำให้เกิดบริการสุขภาพรูปแบบ (New Health Service Model) ที่มีขอบเขตเกินไปกว่าการกำกับดูแลโดยใช้ฐานอำนาจตามกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันซึ่งเป็นช่องว่างที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดผู้ควบคุมกำกับดูแล (Regulator) และสร้างกฎหมายที่มีปัจจัยเอื้อ ส่งเสริมต่อการพัฒนาและสามารถปิดช่องว่างดังกล่าวได้ การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องมีหน่วยงานกลาง (National Digital Health Agency, NDHA) ที่มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดนโยบาย มาตรฐานและข้อกำหนดต่างๆ ในการดำเนินการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศและครอบคลุมระบบนิเวศน์ (Ecosystem) ทั้งภาคสุขภาพ (Health Sector) นอกจากนี้ยังต้องมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ปฏิบัติการในการให้บริการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพดิจิทัล ทำหน้าควบคุมกระบวนการ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการ (Implementation Plan) จากสังเคราะห์ข้อเสนอ

ในด้านต่างๆ อาทิ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานข้อมูล digital health อย่างเป็นระบบ

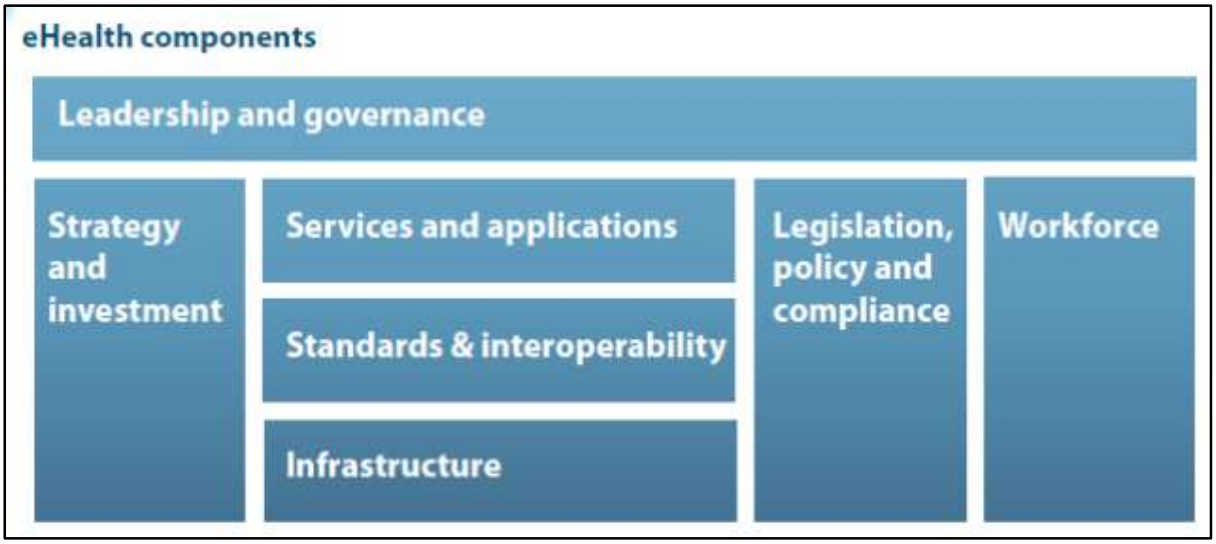
2. เพื่อพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล (Health Digital Platform) ตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 12

3. เพื่อพัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Interoperation Personal Health Record) บนแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลบนมาตรฐานข้อมูลเพื่อให้เกิดการบูรณาการ เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพดิจิทัลได้อย่างไร้รอยต่อ

4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพนำร่องในประเด็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (โควิด-19) และ โรคไม่ติดต่อ

วิธีการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เน้นการสร้างองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพที่พึงประสงค์ และการนำระบบสารสนเทศไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยมีจุดเน้นในส่วนของระบบระเบียนประวัติสุขภาพส่วนบุคคล (PHR : Personal Health Record) ระบบสารสนเทศสุขภาพของบุคคล (PHI : Personal Health Information) และการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (HIE : Health Information Exchange) โดยมีรายละเอียดการวิจัยทั้งสองส่วน ได้แก่ การวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ไปพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และโครงการวิจัยดำเนินการเพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยในการสังเคราะห์เนื้อหาจะจัดการสาระเฉพาะส่วนที่เป็นข้อค้นพบของรายงานการวิจัย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ด้วยวิธีการบรรยายเชิงคุณภาพ



ภาพที่ 2 องค์ประกอบระบบโครงสร้างพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ[(1)]

จากภาพที่ 2 ในส่วนของการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก[1] การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสภาพแวดล้อมมีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในแต่ละประเทศ และต้องครอบคลุมองค์ประกอบหลายประการตามแผนภาพ โดยในโครงการครอบคลุมประเด็นเรื่องการอภิบาลระบบ ระบบมาตรฐานและการทำงานร่วมกันได้ Service และ Application รวมทั้งองค์ประกอบของโครงสร้าง

พื้นฐาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่ต้องการคำตอบเพื่อนำมาพัฒนานโยบายของประเทศและจากองค์ประกอบเหล่านี้

ในส่วนของการใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโครงการนี้จะเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลเฉพาะประเด็นและระบบข้อมูลที่รองรับการบริการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเบาหวานและความดัน เพื่อเป็นต้นแบบในเขตสุขภาพนำร่อง โดยส่วนเฉพาะประเด็นจะทำการวิจัยเชิงดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศระดับประเทศของการแพ้ยาของแต่ละบุคคล การวิจัยและพัฒนาระบบบูรณาการและเผยแพร่ข้อมูลการแพ้ยาในระดับประเทศจะช่วยให้ประชาชนทุกคนและผู้ให้บริการสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญดังกล่าว และเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records) โดยจะพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นงานโครงสร้างพื้นฐานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายให้ครอบคลุมประเด็นอื่นๆ เช่น โรคประจำตัว ฯลฯ เพิ่มเติมในอนาคต

เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพโดยมีระเบียบวิธีวิจัยและรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาวิจัยและสังเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล

1.1 ศึกษาทบทวนระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่างๆ อย่างน้อย 5 ประเทศ

1.2 ศึกษาการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย

1.3 สังเคราะห์ความรู้ระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล และเสนอรูปแบบ (Model) ที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิสัยทัศน์การพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) ของประเทศไทย

2. ศึกษาวิจัย สังเคราะห์ข้อมูล และพัฒนาแพลตฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

2.1 ศึกษาวิจัยมาตรฐานสากลสถาปัตยกรรมระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Data Architecture Standard) และสถาปัตยกรรมระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลของประเทศที่เป็นผู้นำด้านระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างน้อย 5 ประเทศ

2.2 ศึกษาวิจัยมาตรฐานสากลของระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Standards) รวมระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทุกองค์ประกอบที่จำเป็นกับการบูรณาการ การเชื่อมโยง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

2.3 มาตรฐานข้อมูลสากลการวินิจฉัยโรคหัตถการ ศัพท์ทางการแพทย์ เช่น Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT) และ WHO International Classification of Diseases (ICD)

2.4 มาตรฐานบัญชีและรหัสสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (National Healthcare Providers Identifiers)

2.5 มาตรฐานสากลการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ HL7 FHIR (Health Level 7 – Fast Healthcare Interoperability Resources)

2.6 สังเคราะห์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาตรฐานสถาปัตยกรรม และมาตรฐานข้อมูลสุขภาพสากล มานำเสนอเป็นกรอบการนำมาประยุกต์ใช้ และพัฒนาเพิ่มเติมให้เกิดเป็นแพทฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ให้ Applications ทางการแพทย์ทุกระบบงานใช้ประโยชน์

2.7 พัฒนาฐานข้อมูลและเว็บไซต์เพื่อให้บริการรองรับมาตรฐานที่ได้ศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงาน สำหรับใช้ใน 4 เขตสุขภาพ

3. ศึกษาแนวทางและพัฒนาแพลตฟอร์มต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับประชาชนและผู้ให้บริการทางการแพทย์ รองรับข้อมูลใน 4 เขตสุขภาพต้นแบบ

3.1 ศึกษาวิจัยมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Standards) ที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยาในระบบสุขภาพไทย ดำเนินการวิจัยให้เกิด

การบูรณาการ การเชื่อมโยง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยา

3.2 พัฒนาแพลตฟอร์มการแพ้ยา ให้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดของระบบข้อมูลสุขภาพด้านต่างๆ

3.3 พัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพ้ยาเพื่อให้จุดให้บริการสำหรับผู้ให้บริการและสำหรับประชาชน โดยให้ระบบสามารถเรียกใช้งานจากแหล่งข้อมูลนี้ได้

3.4) พัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลวัคซีนที่ได้รับ รวมถึงวัคซีนโควิดของรายบุคคลให้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดของระบบข้อมูลสุขภาพต่างๆ

3.5 พัฒนาชุดข้อมูลที่รับบริการที่หน่วยบริการให้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดของระบบข้อมูลต่างๆ

3.6 พัฒนาระบบที่เป็นมาตราฐานแบบเปิดเกี่ยวกับการยืนยันสิทธิ์ (Authentication) การจัดการสิทธิ์การใช้ระบบ (Authorization) ที่ปลอดภัยเพื่อใช้ในการจัดการสิทธิ์ของผู้ใช้ระบบใน 4 เขตสุขภาพต้นแบบ

3.7 พัฒนา Mobile และ Web Application สำหรับ ประชาชน แพทย์ ทีมหมอครอบครัว และ อสม. เพื่อรองรับการทำงานของเขตสุขภาพต้นแบบ

4. ศึกษาวิจัยและพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) และพัฒนาระบบรองรับภารกิจงานโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน ใน 4 เขตสุขภาพต้นแบบ

4.1 ศึกษาวิจัยมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Standards) และดำเนินการวิจัยให้เกิดการบูรณาการ เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

4.2 พัฒนาแพลตฟอร์มการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลโรคไม่ติดต่อ ให้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดของระบบข้อมูลสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลดิจิทัล และข้อมูลส่วนบุคคลดิจิทัล

4.3 ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และระบบรองรับภารกิจ NCD ในเขตสุขภาพต้นแบบ

5. การสังเคราะห์ข้อเสนอด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขโดยใช้ฐานข้อมูลบนดิจิทัลแพลตฟอร์มด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

6. ศึกษาและพัฒนาแผนปฏิบัติการการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเชื่อมโยงทางด้านสารสนเทศด้านสุขภาพแบบองค์รวม (holistic approach)

6.1 สังเคราะห์ข้อเสนอและระดมสมองพัฒนาแนวคิดและทำความเข้าใจบริบทในการจัดตั้งฯ และความจำเป็นในการพัฒนาองค์กรที่จะมาขับเคลื่อนดิจิทัลของประเทศ

6.2 วิเคราะห์ความเสี่ยงจากการดำเนินการและสังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการและการจัดตั้งฯ พร้อมทั้งระบุงบประมาณและเงินทุนในการจัดตั้ง ประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม

6.3 พัฒนาแผนโครงสร้างหน่วยงานและศึกษาระเบียบในการจัดตั้งและข้อจำกัด ตาม 10 ประเด็นยุทธศาสตร์ พร้อมเสนอแนะวิธีในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ประเด็นกฎหมาย ระเบียบการจัดตั้งฯ ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลและเอื้อให้เกิดผลสำเร็จ รวมถึงบทบาทหน้าที่อำนาจความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในสังกัดและนอกสังกัด

6.4 สรุปผลและเสนอแผนปฏิบัติการจัดตั้ง National Digital Health Agency และแผนปฏิบัติการตาม 10 ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนแม่บทการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหารูปแบบและแนวทางในการจัดการที่เหมาะสมทั้งระบบ

นิเวศน์ของระบบสุขภาพ ใน 6 ประเด็นได้แก่ 1) การอภิบาลระบบสุขภาพ 2) การพัฒนาแพลตฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล 3) การพัฒนาแพลตฟอร์มต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 4) การพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อ 5) การสังเคราะห์ข้อเสนอด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ 6) แผนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเชื่อมโยงทางด้านสารสนเทศด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อรวบรวมข้อมูล สังเคราะห์ความเห็น พัฒนาต้นแบบ และจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยให้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ได้ผลผลิตเป็น**จำนวนเทคโนโลยี**เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ รวมถึงเทคโนโลยีที่**สนับสนุนการเข้าถึงบริการ** ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการ ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ **จำนวน 4 แอปพลิเคชัน** ได้แก่ 1) โมบายแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน (H4U : Health for You) 2) โมบายแอปพลิเคชันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (mHealth) 3) โมบายแอปพลิเคชันสำหรับทีมแพทย์ปฐมภูมิ (PCC Team) และ 4) โมบายแอปพลิเคชันสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Smart อสม.) และได้**จำนวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการ และการบริหารจัดการของระบบการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ**ของประเทศโดยใช้การวิจัยประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ในระดับประเทศและพื้นที่ **จำนวน 6 ข้อเสนอ** ได้แก่ 1) ข้อเสนอหลักการระบบอภิบาลสุขภาพดิจิทัล ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย 2) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาแพลตฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล 3) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาแพลตฟอร์มต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 4) ข้อเสนอรูปแบบการพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อ 5) ข้อเสนอด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ 6) ข้อเสนอแผนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเชื่อมโยงทางด้านสารสนเทศด้านสุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

ประเด็นที่ 1) การอภิบาลสุขภาพดิจิทัล

การอภิบาลสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Governance) หมายถึง กลไก และกระบวนการของการตัดสินใจให้มีการดำเนินการ กิจกรรมต่างๆ ของระบบสุขภาพดิจิทัล ซึ่งการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่างๆ มีรูปแบบที่หลากหลายและมีลักษณะเป็นสเปกตรัมผสมผสานกันจากด้านที่มีลักษณะเป็นการอภิบาลจากศูนย์กลางต่อเนื่องไปจนถึงด้านที่มีการอภิบาลแบบเป็นเครือข่าย โดยรูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลของประเทศหนึ่งๆ ได้รับผลจากบริบททั้งระบอบการปกครอง ระบบสุขภาพ และวัฒนธรรม

การบริบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศแคนาดา โดยรัฐบาลกลางร่วมกับ 10 รัฐและ 3 ดินแดนเป็นหุ้นส่วนของ Infoway มีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละเขตเป็นสมาชิกขององค์กร ทำให้พวกเขามีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์และตัดสินใจดำเนินการ ในจำนวนนี้บางคนทำหน้าที่อยู่ในคณะกรรมการขององค์กร นอกจากนี้ในคณะกรรมการยังประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคเอกชนและสถาบันการศึกษา ร่วมทั้งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข 3 คนในทั้งหมด 14 คน Infoway’s Portfolio Management Office ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการ ให้คำแนะนำและทบทวนการดำเนินการร่วมกับรัฐ ดินแดนและรัฐบาลกลาง Infoway ได้รับงบประมาณจากการจัดสรรเป็นระยะจากงบประมาณทั่วไปที่มีอยู่ ไม่มีงบประมาณรายปี โดยนำงบประมาณที่ได้รับไปลงทุนในโครงการสุขภาพดิจิทัลร่วมกับหน่วยงานสุขภาพของรัฐและดินแดน โดยจะจ่ายเงินต่อเมื่อโครงการบรรลุเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ ส่วนใหญ่ Infoway ทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐและดินแดน โดยเจ้าหน้าที่ส่งข้อเสนอโครงการให้ Infoway พิจารณาว่า

เข้าเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ จึงจะอนุมัติเงินลงทุน ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายที่เข้าเกณฑ์ พันธมิตรของ Infoway สามารถร่วมลงทุนได้ ค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของ Infoway จะมีรัฐบาลกลางตรวจสอบดูแล ส่วนโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT แต่ละเขตจะเป็นผู้ออกงบประมาณเองหรือจัดสรรร่วมกับ Canadian federal ICT investment program และระบบประกันสุขภาพของแคนาดาได้รับเงินสนับสนุนพื้นฐานมาจากเงินภาษี โดยการเก็บภาษีรายได้ส่วนบุคคลและนิติบุคคลของส่วนกลางและของรัฐบาลท้องถิ่น [2 - 4]

การบริบาลระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศออสเตรเลีย ใช้ระบบ Dedicated digital health agency mechanism และมีการบริบาลที่ใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับรัฐบาลจักรภพซึ่งเป็นรัฐบาลสูงสุด หากจะนำมาปรับใช้กับประเทศไทยอาจจะมีความแตกต่างในด้านระบบการบริหารราชการและระบบหน่วยงานที่เป็น Agency แต่อาจจะมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยก็คือ COAG และระบบการรายงานที่ในประเทศไทยมักจะใช้รูปแบบการตั้งคณะกรรมเฉพาะเรื่อง นอกจากนั้นการบริหารและมอบหมายหน้าที่ที่ค่อนข้างยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในแต่ละด้านตามยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลแห่งชาตินั้นเป็นรูปแบบที่อาจจะนำมาปรับใช้ได้ โดยต้องพิจารณาเป้าหมายของโครงการและความเหมาะสมของหน่วยงานที่จะเข้ามาทำหน้าที่ต่าง ๆ และอาศัยความสามารถของภาคส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากหน่วยงานเฉพาะเรื่องด้วย โดยมีหน่วยงานตัวกลางทำหน้าที่ดูแล ประเมินผล และรายงานในภาพรวม [5 - 10]

จากผลการศึกษาวิจัยทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สำหรับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเดียวไม่สามารถดำเนินการการอภิบาลสุขภาพดิจิทัล ได้เพียงลำพัง แต่สามารถเป็นกระทรวงสำคัญที่เป็นผู้นำให้เกิดกลไกการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลได้ รูปแบบการอภิบาลสุขภาพดิจิทัลที่ดีจะต้องมีการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Governance) มีผู้นำที่เข้มแข็งมีอำนาจการตัดสินใจและอยู่ในวาระต่อเนื่อง มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Dedicated Digital Health Agency Mechanism) และให้ความสำคัญกับการมีมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ

ประเด็นที่ 2) การพัฒนาแพลตฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

การพัฒนาแพลตฟอร์มนั้น จำเป็นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ (component) ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งในคู่มือของ WHO เองก็มีการให้คำแนะนำถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ถึง 16 กลุ่ม ซึ่งแต่ละประเทศไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมด และไม่จำเป็นต้องทำพร้อมกันทั้งหมด คำแนะนำของ WHO นับเป็นคำแนะนำที่ละเอียดและครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ก็อาจจะยากที่จะทำความเข้าใจและปฏิบัติตาม ในการนี้ กรอบมาตรฐานสถาปัตยกรรมการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพแบบเปิด (Open Health Information Exchange: OpenHIE) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบต่าง ๆ ซับซ้อนน้อยกว่า อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถใช้ดำเนินตามได้

ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลของระบบ PHR โดยได้ทำการทบทวนตัวอย่างจาก 6 แหล่ง ได้แก่ 1) HL7 Personal Health Record System Functional Model, Release 2 2) NHS UK PHR functionality checklist 3) Apperta Foundation – A Blueprint for a CoPHR Ecosystem 4) ประเทศออสเตรเลีย – My Health Record 5) ประเทศฟินแลนด์ – Kanta PHR และ 6) ประเทศอินเดีย – ABDM IG – Wellness Document ซึ่งผลการทบทวนโดยรวมแล้ว ข้อมูลที่อยู่ใน My Health Record ของออสเตรเลีย หรือที่มูลนิธิ Apperta แนะนำ ล้วนเป็นจุดตั้งต้นที่ดีในการออกแบบ PHR ของประเทศไทย และอาจนำ checklist ของทาง NHS UK มา

ช่วยประเมิน อย่างไรก็ดี คำแนะนำใน checklist หลายข้อก็มีความเฉพาะเจาะจงกับสหราชอาณาจักร เช่น การใช้ NHS Login หรือการดึงข้อมูลสุขภาพจากในเว็บไซต์ของ NHS มาแสดง ซึ่งในประเทศอื่นอาจไม่ได้มีระบบความรู้สุขภาพโดยภาครัฐที่สมบูรณ์เช่นนั้น นอกจาก Checklist ของ NHS แล้ว สามารถใช้มาตรฐาน HL7 PHR-S FM มาช่วยในการออกแบบด้วยเช่นกัน สุดท้าย เมื่อได้ข้อสรุปเรื่องข้อมูลแล้ว สามารถดูตัวอย่างของฟินแลนด์และอินเดียในการสร้างเป็น FHIR Implementation Guide[11 - 20]

สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล NCD คณะผู้เขียนได้ทำการทบทวนเอกสารผลการการประชุมบูรณาการข้อมูลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อกำหนดมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลที่จัดขึ้น ณ วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2564 ภายใต้อนุกรรมการโครงการยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับรัฐบาลไทย ด้านโรคไม่ติดต่อ (CCS-NCD) และโครงสร้างข้อมูล 43 แฟ้ม จากนั้นจึงได้จัดทำเป็น FHIR Implementation Guide ซึ่งประกอบด้วย 1) FHIR profile (Structure Definition resource) จำนวน 14 resource 2) FHIR Code System resource จำนวน 1 resource 3) FHIR Value Set resource จำนวน 3 resource และ 4) ตัวอย่างการนำ FHIR artifacts ไปใช้งานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลตามข้อมูลตั้งต้น จำนวน 37 ตัวอย่าง ทั้งหมดนี้ได้ทำการเผยแพร่ไว้ที่เว็บไซต์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข https://hdgc.moph.go.th ซึ่งเชื่อมโยงไปยังเว็บไซต์ของผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาให้สามารถอ่านข้อมูลที่เกี่ยวข้องและดาวน์โหลด FHIR artifact ทั้งหมด และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดทำประกาศกระทรวงเรื่องมาตรฐานข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ 1 ตามแพลตฟอร์มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

ประเด็นที่ 3) การพัฒนาแพลตฟอร์มต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล

จากการศึกษามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Standards) ทั้งเรื่องการแพ้ยา ข้อมูลวัคซีน และข้อมูลในการเฝ้าระวังดูแลประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงการบูรณาการ การเชื่อมโยง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จึงทำการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันต้นแบบที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลที่มีมาตราฐานแบบเปิดเกี่ยวกับการยืนยันสิทธิ์ (Authentication) การจัดการสิทธิ์การใช้ระบบ (Authorization) ที่ปลอดภัย สำหรับ ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ ทีมหมอครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ โมบายแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน (H4U : Health for You) โมบายแอปพลิเคชันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (mHealth) ทีมแพทย์ปฐมภูมิ (PCC Team) และสมาร์ท อสม. (Smart อสม.) โดยมุ่งเน้นข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมการเฝ้าระวังดูแลประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การพัฒนาแพลตฟอร์มต้นแบบของระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ภายใต้โครงการนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ทำเห็นว่าการบูรณาการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากหลายแหล่งฐานข้อมูล ทั้งจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ที่รวบรวมจากโรงพยาบาลโดยตรงผ่าน HIS Gateway สามารถนำมาประมวลผลข้อมูลร่วมกัน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดทำรายงานในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้งานทั้งประชาชน ทีมบุคลากรทางการแพทย์ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีวิดีโอคอลในการให้บริการการแพทย์ทางไกล สำหรับการให้คำปรึกษาหรือวินิจฉัยอาการเบื้องต้นในกลุ่มโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรง (Tele-Consult) ได้จริงดังที่มีการใช้งานอย่างจริงจังในจังหวัดบุรีรัมย์ใน

การดูแลประชาชนกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตสุขภาพนำร่อง จึงทำให้เห็นว่าแพลตฟอร์มต้นแบบนี้สามารถขยายผลให้เกิดการใช้เครื่องมือได้อย่างยั่งยืน โดยประการสำคัญคือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่สนับสนุนให้เกิดความน่าเชื่อถือและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และจากผลการศึกษาจึงนำไปสู่การออกแบบปรับปรุง Interface การใช้งานโมบายแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชนให้ตอบสนองต่อความต้องการในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น รวมถึงขยายผลการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการเจาะส้นเท้าเด็ก ซึ่งจะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ 4) การพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อ

การพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อในโครงการนี้ มุ่งเน้นข้อมูลในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ข้อมูลโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยีการส่งข้อมูลอัตโนมัติโดยตรงจากโรงพยาบาลผ่านโปรแกรม API (Application Program Interface) เข้าสู่ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ฐานข้อมูลระบบ HIS Gateway และพัฒนาระบบประมวลผลกลางเพื่อให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลแก่ระบบงานและแอปพลิเคชันต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

จากการนำ API HIS Gateway ที่พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการนี้ไปติดตั้งที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ สรุปการทำงานของฝั่งโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่จะส่งข้อมูลเข้ากระทรวงฯ ใช้ซอฟต์แวร์ที่ชื่อ Debezium ที่ใช้หลักการของ Change Data Capture (CDC) ในการอ่านข้อมูลจาก Binlog (MySQL), wal-json (PostgreSQL), Archive log (MSSQL) ในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของ transaction ฐานข้อมูลที่เกิดจากการ เพิ่ม (Insert) ลบ (Delete) และ แก้ไข (Update) ข้อมูล ซึ่งวิธีการนี้เปรียบได้กับการที่ HIS Gateway ทำตัวเป็น Slave ทำการ Replicate ข้อมูลจากเครื่อง Master ทำให้การทำงานของ HIS Gateway ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของฐานข้อมูลหลักมาก เท่ากับการทำ API เพื่อดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลโดยตรง เมื่อ Debezium อ่านข้อมูลจากฐานข้อมูลผ่าน CDC เสร็จ จะทำการแปลงข้อมูลที่ได้เป็น JSON จากนั้นใช้แพลตฟอร์มการกระจายข้อความจัดการลำดับ ชื่อ Apache Kafka Connect ส่งข้อมูล JSON ที่ได้ผ่าน Protocol ของ Kafka ซึ่งข้อมูลที่ส่งผ่าน Kafka จะอยู่ในรูปแบบของ Binary ทำให้มีขนาดเล็กและส่งได้เร็วขึ้น โดย Kafka Connect ต้องทำการเชื่อมต่อกับ Broker ของกระทรวงฯ อยู่ตลอดเวลา ทำให้การรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับกระทรวงฯ สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการทำงานของระบบ HIS Gateway ฝั่งกระทรวงฯ เมื่อข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเข้ามาผ่านระบบ HIS Gateway Client ที่ติดตั้งที่หน่วยบริการ ถูกส่งเข้ามาที่ Broker ของกระทรวงฯ โดยจะมีระบบ Firewall ป้องกัน ข้อมูลที่ส่งเข้ามาเมื่อมาถึง Broker แล้ว Broker จะทำการเก็บข้อมูลของใน Storage ในรูปแบบของ Log ไฟล์ ซึ่งจะมีอายุไฟล์ 7 วัน ซึ่งเมื่อครบ 7 วันแล้วข้อมูลที่เก็บไว้ใน Log ไฟล์จะโดนลบอัตโนมัติ ดังนั้น ระบบจึงต้องเก็บข้อมูลลงฐานข้อมูลกลางให้ได้ภายใน 7 วัน ก่อนที่ข้อมูลจะโดนลบ เมื่อข้อมูลถูกเก็บลงใน Storage ของ Broker แล้ว ระบบ HIS Gateway จะมีซอฟต์แวร์ Apache Nifi ทำหน้าที่ Consume ข้อมูลจาก Topic ที่กำหนดในแต่ละ Cluster เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Extract, Transform and Load (ETL) ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้เก็บลงในฐานข้อมูล TiDB ("Ti" ย่อมาจาก Titanium) ซึ่งเป็นฐานข้อมูล Opensource NewSQL ที่รองรับปริมาณงานการประมวลผลธุรกรรมและการวิเคราะห์แบบไฮบริด ข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของ TiDB จะถูกเก็บแยกตามประเภทของ HIS

โดยหน่วยบริการที่ใช้ HIS ค่ายเดียวกันจะเก็บรวมไว้ในฐานเดียวกัน ซึ่งในตารางที่จัดเก็บจะมีการกำหนดคีย์หลักเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปถึงหน่วยบริการได้ ในด้านความปลอดภัยในการเชื่อมต่อกับ Broker ของกระทรวงฯ ได้มีการออกแบบความปลอดภัยในการเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอก โดยเลือกใช้เทคโนโลยีด้านความปลอดภัยที่มาพร้อมกับตัวซอฟต์แวร์ของ Kafka ซึ่งหน่วยบริการ จำเป็นต้องทำการติดตั้ง Secure Socket Layer (SSL) Certificate ที่ได้จากส่วนกลาง เพื่อใช้ในการ Authen ตามมาตรฐาน mutual TLS (mTLS) การรับส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายที่เหมาะกับการติดต่อแบบ Business-to-Business (B2B) Applications ใช้เทคโนโลยีการเข้ารหัสข้อมูล เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการสื่อสารหรือส่งข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตระหว่างเครื่องเซิร์ฟเวอร์กับเว็บเบราว์เซอร์หรือ Application โดยจะมีการยืนยันตัวตนของทั้งสองฝ่าย คือ Server และ Client ผ่าน X.509 Certificate ที่แลกเปลี่ยนกัน รวมทั้งมีการเข้ารหัสข้อมูลที่ส่งจาก Client ไปสู่ Server ด้วย ด้วยวิธีนี้จะทำให้ระบบมีความปลอดภัยมากขึ้นเนื่องจากเครื่องที่จะเชื่อมกับกระทรวงฯ จำเป็นต้องมี SSL Certificate ก่อน (Zero trust) ถึงจะเชื่อมเข้าระบบได้ โดย Certificate ที่ได้จากส่วนกลาง จะมีอายุการใช้งาน 1 ปี ทั้งนี้ส่วนกลางสามารถทำการ Revoke Certificate ได้ตลอดเวลา โดยอาศัยการกำหนด ACL ให้กับ Topic ของหน่วยบริการนั้นๆ

ผลลัพธ์ของการพัฒนาการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ดังจะเห็นได้จากการแสดงข้อมูลประวัติสุขภาพผ่านโมบายแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) การเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบ Health Link (แพลตฟอร์มสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าดูข้อมูลสุขภาพของคนไข้จากโรงพยาบาลอื่นได้) เพื่อแสดงให้แพทย์ใช้ประกอบการวินิจฉัย เป็นต้น

ประเด็นที่ 5) การสังเคราะห์ข้อเสนอด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล เป็นกรอบแนวคิดและวิสัยทัศน์การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจากรูปแบบปัจจุบันไปสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ มีการบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ให้สามารถร่วมมือกันทำงานโดยส่งผลลัพธ์ร่วมกัน มีระบบข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนสื่อสารกันได้อย่างเข้าใจความหมายโดยใช้เครื่องมือการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เป้าหมายคือการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน ภายใต้การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน

การบูรณาการข้อมูล จะถูกพัฒนาให้มีความสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกกิจกรรมและบริการสุขภาพจากเดิมที่มีลักษณะการจัดเก็บข้อมูลเป็นหน่วยบริการแยกจากกันให้สามารถบูรณาการมาเป็นชุดข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลได้ซึ่งจะส่งผลให้เกิดข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) โดยจะสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลรองรับยุคใหม่ (Modern Analytics) เช่นแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอัตโนมัติที่เรียกว่า Machine Learning ได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดรูปแบบบริการใหม่ (New Health Service Model)อาทิ บริการการแพทย์ทางไกลที่ทำได้โดยการใช้เพียง Smart Phone ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไขหรือติดขัดด้วยข้อจำกัดทางกายภาพของสถานบริการอีกต่อไป ส่งผลให้เกิดบริการสุขภาพที่ไร้พรมแดน อำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา และช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนโดยพหุวิทยาการได้อย่างแท้จริง ด้วยศักยภาพของเทคโนโลยีในปัจจุบันเพียงพอที่จะเอื้ออำนวยให้สิ่งเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้

อย่างรวดเร็วประกอบกับแนวโน้มทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ ล้วนมุ่งไปสู่ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health)

แนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือของระบบสุขภาพดิจิทัลในภาพรวม การพัฒนาเครื่องมือของระบบสุขภาพดิจิทัลในภาพรวมจะมีการพัฒนาอยู่ 3 ส่วน [21] ได้แก่

1. พัฒนาส่วนที่เป็นเครื่องมือกลาง ได้แก่

1.1 พัฒนา National Digital Health Platform

1.2 พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ Hospital Information System (HIS, LIS , PACS)

1.3 พัฒนาแพลตฟอร์มระบบบริการนอกสถานพยาบาล ซึ่งเครื่องมือที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะใช้ให้บริการบน Application หรือ Sensor บนอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Device) หรืออุปกรณ์ IoT อื่นๆ

2. พัฒนาเครื่องมือให้บริการระดับบุคคล ได้แก่

2.1 พัฒนา Application mHealth (ผู้ให้บริการ)

2.2 พัฒนา Application pHealth (ผู้รับบริการ)

3. พัฒนากระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงาน บุคคล และอุปกรณ์ต่างๆ มีความจำเป็นต้องมีกำหนดมาตราฐานการรักษาความปลอดภัย อย่างน้อย ดังนี้

3.1 การพิสูจน์ตัวตนว่าเป็นบุคคลนั้นจริง (Identification) การตรวจสอบตัวบุคคลว่ามีสิทธิในการให้บริการสุขภาพจริง(Verification) และการยืนยันตัวตนเข้าใช้งานในระบบ (Authentication)

3.2 การพิสูจน์ยืนยันตัวเครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัลที่ทำการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Electronic Data Interchange, EDI) ว่าการเชื่อมต่อมาจากหน่วยงาน, Software หรืออุปกรณ์นั้นจริงและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปถึงตัวบุคคลได้ ซึ่งจะช่วยรักษาความถูกต้องและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล จึงต้องมีการพัฒนาระบบออกใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์ (Certificate Authority) รวมถึงระบบกุญแจสาธารณะ Public Key Infrastructure (PKI) ของประเทศ

จากการศึกษาและสังเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ สรุปได้ว่าด้วยข้อจำกัดของระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีความหลากหลาย ขาดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ โครงสร้างหน่วยงานที่ซ้ำซ้อน การกำกับดูแลที่ไม่ชัดเจน เป็นแบบ Silo Base จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาระบบให้มาเป็นแบบ Authority Base เพื่อการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน โดยผลักดัน ส่งเสริมให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ทุกระดับ ปรับกรอบความคิด ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพ รวมไปถึงการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมภารกิจด้านสุขภาพดิจิทัล ซึ่งมีพันธกิจสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเชิงระบบให้มีการกำกับดูแลที่ดี 2) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อภารกิจสุขภาพดิจิทัล การกำหนดอำนาจหน้าที่ ที่ชัดเจน มีหน่วยงานกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ 3) การจัดระบบบริหารจัดการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ 4) เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสม และ 5) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบนิเวศน์และระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการ กำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability)

ประเด็นที่ 6) แผนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเชื่อมโยงทางด้านสารสนเทศด้านสุขภาพแบบองค์รวม

จากการสังเคราะห์ข้อเสนอและระดมสมองพัฒนาแนวคิดและทำความเข้าใจบริบทองค์กรกลางด้านระบบสุขภาพดิจิทัลและความจำเป็นในการพัฒนาองค์กรที่จะมาขับเคลื่อนดิจิทัลของประเทศไทย นำไปสู่การพัฒนาแผนปฏิบัติการการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเชื่อมโยง

ทางด้านสารสนเทศด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic approach) ในการศึกษาได้ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ผ่าน 9 กิจกรรม ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดทำประชาพิจารณ์และมติจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder public hearing) สรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมที่มีต่อรูปแบบในการบริหารจัดการระบบสุขภาพดิจิทัลซึ่งสอดคล้องกับหลักการจำแนกประเภทหน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหารที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลซึ่งสามารถแยกได้ 4 รูปแบบคือ 1) ส่วนราชการ 2) รัฐวิสาหกิจ 3) องค์กรมหาชน และ 4) หน่วยงานของรัฐรูปแบบใหม่ รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพดิจิทัลสามารถแบ่งการดำเนินการได้ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1การดำเนินการในช่วงแรกของการจัดตั้งควรใช้รูปแบบส่วนราชการ (หน่วยงานเดิมในการดูแล) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่อาจจะสามารถดำเนินการได้เลยทันที ในส่วนของระยะที่ 2 อาจจะเป็นการจัดตั้งในรูปแบบของการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ เนื่องจากสถานะของการดำเนินงานจะเป็นคนกลางในการดำเนินงาน ทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและให้บริการแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ อีกทั้งยังมีอำนาจที่สามารถกำหนดค่าตอบแทน ค่าธรรมเนียมและความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดได้ และความเห็นในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยงานที่จะเข้ามาดูแลระบบสุขภาพดิจิทัลภายใต้โครงการจัดตั้งสำนักงาน National Digital Health Agency (NDHA) นั้นสามารถสรุปได้ 4 รูปแบบได้แก่ 1) รูปแบบการดำเนินการจัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงผู้เดียว 2) รูปแบบที่ดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลหลัก 3) รูปแบบที่ดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีกระทรวงอื่นเป็นผู้ดูแลหลัก และ 4) รูปแบบการดำเนินการจัดตั้งองค์กรอิสระหรือองค์กรมหาชน[22 – 23]

จากการรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย รวมถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านกฎหมายและพระราชบัญญัติที่สอดคล้องกับการดำเนินการพบว่าข้อมูลที่สำคัญต่อการพิจารณาเพื่อจัดตั้งหน่วยงาน หรือแปรสภาพองค์กรภาครัฐโดยใช้งบประมาณจำนวนมากนั้น จำเป็นที่จะต้องแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับและมีความชัดเจน ทั้งนี้ หากมีข้อมูลอ้างอิง เชิงสถิติที่แสดงให้เห็นถึงความสูญเสียงบประมาณที่สูญเปล่าเนื่องจากไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง หรือแสดงให้เห็นถึงโอกาสที่จะช่วยในการเพิ่มศักยภาพการทำงานของหน่วยบริการต่าง ๆ ในรูปแบบของการคำนวณผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมประกอบการพิจารณาจะช่วยเพิ่มโอกาสและลดระยะเวลาในจัดตั้งสำนักงานสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นควรทำการวิเคราะห์ข้อมูล Health finance เพิ่มเติมอย่างน้อยประกอบด้วยข้อมูลระดับจุลภาค Microeconomics (Customer journey และ Healthcare Provider journey) และข้อมูลระดับมหภาค Macroeconomics

สรุปและอภิปรายผล

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีโครงสร้างที่มีความหลากหลายและสลับซับซ้อน มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ การบังคับบัญชา การกำกับดูแล การจัดการทางการเงิน และ บทบาทหน้าที่การปฏิบัติการที่รวบรวมภารกิจ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู มารวมไว้ด้วยกัน การบริหารจัดการภารกิจระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ก็ไม่ได้มีการแบ่งการจัดการที่ชัดเจน โปรแกรมและระบบข้อมูลสุขภาพไม่ได้มีการจัดระบบระเบียบไปในทางเดียวกันและไม่ได้ใช้มาตรฐานร่วมกัน แต่ในปัจจุบันมีความต้องการและความจำเป็นที่จะสามารถ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน ระหว่างหน่วยงานได้ มีความต้องการให้ข้อมูลสุขภาพถูกบูรณาการเข้าด้วยกันให้เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคล

การจัดการเพื่อให้บรรลุตามความต้องการดังกล่าวทำได้โดยการจัดระบบระเบียบกระบวนการในระบบนิเวศน์ของระบบสุขภาพทั้ง

ระบบ ตั้งแต่การบริหารจัดการไปจนถึงการกำหนดมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการต่างที่เกี่ยวข้อง จัดการการกำกับดูแล ซึ่งจำเป็นจะต้องมีหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทำหน้าที่กำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงจัดกระบวนทางการเงินเพื่อสร้างกลไกในการขับเคลื่อนระบบ

การศึกษาภายใต้โครงการนี้ ทำให้ได้รับทราบถึงความเสี่ยงจากการดำเนินการและสังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการและการจัดตั้ง ฯ พร้อมทั้งระบุงบประมาณและเงินทุนในการจัดตั้ง ประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม และได้แผนโครงสร้างหน่วยงานและศึกษาระเบียบในการจัดตั้งและข้อจำกัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศ พร้อมเสนอแนะวิธีในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ประเด็นกฎหมาย ระเบียบการจัดตั้งฯ ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลและเอื้อให้เกิดผลสำเร็จ รวมถึงบทบาทหน้าที่ อำนาจความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในสังกัดและนอกสังกัด ตลอดจนมีข้อเสนอแผนปฏิบัติการจัดตั้งองค์กรกลางด้านระบบสุขภาพดิจิทัล (National Digital Health Agency) ที่สามารถนำเสนอต่อผู้บริหารระดับนโยบายของประเทศเพื่อพิจารณาขับเคลื่อนให้เกิดประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพนำร่อง : ประเด็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อ” ได้รับการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 64-168 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานร่วมเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูปประเทศด้านสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง) ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ (Big Rock 1) และด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (Big Rock 2) และด้านระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลด้านสุขภาพ (Big Rock 6) ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO-ITU National eHealth Strategy Toolkit. [Internet] 2012 [cited 2021 Jun 3] Available: https://www.itu.int/ITU-D/cyb/events/2012/e-health/Nat_eH_Dev/Session%201/ITU-WHO%20National%20eHealth%20Strategy%20toolkit%20March%202012.pdf
2. Teerakiat Jareonsettasin. Health system refrom in Canada. Nonthaburi /Health Systems Research Institute (HSRI); 2001.
3. Digital Health:A Call for Government Leadership and Cooperation between ICT and Health. Broadband Commission; 2017.
4. European Observatory on Health Systems and Policies M, Gregory P., Allin, Sara & Merkur, Sherry, . Canada: Health system review. Health Systems in Transition. Health Systems in Transition. 2020;22:3.
5. Nakarin Mektrairat. Direction of local administration in Thailand and abroad. Bankok; 2003. (in Thai)
6. Osborn R, Sarnak D, Mossialos E, Djordjevic A. International Profiles of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017.

7. Hambleton SJ, Aloizos Am J. Australia's digital health journey. Med J Aust. 2019;210 Suppl 6:S5-s6.
8. About Us: Digitalhealth.gov.au; [cited 2022 24 February]. Available from: https://www.digitalhealth.gov.au/about-us.
9. Australian Digital Health Agency Annual Report 2020-21: Australian Digital Health Agency; 2021 [cited 2022 25 February]. Available from: https://www.transparency.gov.au/annual-reports/australian-digital-health-agency/reporting-year/2020-21-6.
10. Agency ADH. Australia's national digital health strategy: Australian Digital Health Agency; 2017.
11. Health Level 7 (HL7). HL7 Standards Product Brief - HL7 EHRS-FM Release 2: Personal Health Record System Functional Model, Release 2 (PHR-S FM) | HL7 International. Published 2021. Accessed April 2, 2022.
12. Australian National Audit Office (ANAO). Implementation of the My Health Record System.; 2019. https://www.anao.gov.au/work/performance-audit/implementation-the-my-health-record-system
13. Hendry J. Accenture gets another $11m for My Health Record enhancements - Strategy - iTnews. Published 2021. Accessed March 22, 2022. https://www.itnews.com.au/news/accenture-gets-another-11m-for-my-health-record-enhancements-570292
14. Australian Digital Health Agency. How to find information in My Health Record - YouTube. Published 2021. Accessed March 22, 2022.
15. Australian Digital Health Agency. Access My Health Record using the Provider Portal | My Health Record. Accessed March 26, 2022. https://www.myhealthrecord.gov.au/for-healthcare-professionals/howtos/access-my-health-record-using-provider-portal
16. Australian Privacy Foundation. My Health Record – Australian Privacy Foundation. Accessed March 21, 2022. https://privacy.org.au/campaigns/myhr/
17. Apperta Foundation. Defining an Open Platform. Accessed July 9, 2022. https://apperta.org/openplatforms/
18. Apperta Foundation. A Blueprint for a Co-Produced Personal Health Record (CoPHR).; 2018. Accessed April 2, 2022. https://apperta.org/assets/Apperta_A_Blueprint_for_a_Co-produced_Personal_Health_Record_Ecosystem.pdf
19. Apperta Foundation. Clinical Knowledge Manager. Accessed April 2, 2022. https://ckm.apperta.org/ckm/templates/1051.57.134
20. NHS Digital. Personal Health Records functionality checklist - NHS Digital. Published 2019. Accessed April 2, 2022. https://digital.nhs.uk/services/personal-health-records-adoption-service/personal-health-records-adoption-toolkit/developing-a-personal-health-record/personal-health-records-functionality-checklist
21. Anant Kanoksilp, Digital Health Conceptual White Paper [Online]. Thailand; 2021. 46 p. (in Thai). Available: https://ict.moph.go.th/assets/ebooks/digital-health-v31072021.html
22. Office of the Public Sector Development Commission. Principles of classification of government agencies under the supervision of the executive branch [Internet]. Thailand; 2012. 141 p. (in Thai) Available: https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php
23. Somsak Chunharas; Pongphan Phatanwanit; Met Chokchaichan; Seree Hongyok; Niphit Phirawet; Suphatra Sriwanichakorn; Sutichai Chitaphankul; Chanvit Tharathep; Kriengsak Vacharanukulkieti; Chainan Tayawiwat. Health service delivery systems vs health insurance systems : problems and recommendation for development [Internet]. Thailand; 2006. (in Thai) Available: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1617

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7

Health Literacy and *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma Preventive Behaviors of Pickled Fish Establishments in Health Area 7.

(Received: February 7,2025 ; Revised: February 12,2025 ; Accepted: February 13,2025)

เกษร แถวโนนงิ้ว[1] สุพัตรา วัฒนเสน[2] ณดาญาภา ปุสธรรม[3] เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[3]
Kesorn Thaewnongiew[1] Supatra Watthahasaen[2] Ndayapa Pussadhamma[3] Saowaluk Seedaket[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Survey research by cross sectional analytic study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 พื้นที่ศึกษาคือ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 8 แห่งในจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคามและร้อยเอ็ด เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษา คือ ท้องถิ่นที่มีสถานประกอบการปลาร้าและปลาส้มผลิตเพื่อจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มที่ผลิตเพื่อจำหน่าย จำนวน 72 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกผู้ประกอบการทุกคน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Sperman rank correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม 72 คน มีอายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D =9.5) เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.5 อาศัยอยู่ติดแหล่งน้ำร้อยละ 77.8 ส่วนใหญ่เป็นผู้ปรุงอาหารในครัวเรือนร้อยละ 63.9 มีญาติสายตรงในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี/ตับร้อยละ 18.1 เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 86.1 และติดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 22.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม พบว่าอยู่ในระดับควรต้องปรับปรุง ร้อยละ 73.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.515, *p-value* =.0001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =0.297,*p-value* =.011)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม

Abstract

This Survey research by cross sectional analytic study aimed to study health literacy in preventing *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma. Behaviors to prevent *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma and the relationship between health literacy and behavior prevention of *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma of Pickled Fish Establishments in Health area 7. The study area is Municipalities and sub-district administrative organizations, totaling 8 locations in Khon Kaen, Kalasin, Mahasarakham and Roi Et provinces. Criteria for selecting the study area are: Localities where there are establishments producing Plara and Plasom (fermented fish) for sale. The participants were 72 Pickled Fish Establishments that produced for sale. The sample selected all Pickled Fish Establishments. The tools used in the research are Interview form developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics using the Spearman rank

[1] มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] นักวิชาการอิสระ Corresponding author
[3] นักวิชาการอิสระ

correlation coefficient. The results found that there were 72 Pickled Fish Establishments with an average age of 54 years (S.D =9.5), 90.3% female, 83.4% marital status, 69.5% completed primary education 77.8% living next to a water source, 63.9% most of whom were cooks in the household, 18.1% had direct relatives in the family with Cholangiocarcinoma /liver cancer, 86.1% had had their stool tested for parasite eggs to find *Opisthorchis viverrini*, 22.2% had been infected with *Opisthorchis viverrini*. Health literacy in preventing *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma among Pickled Fish Establishments were at a low level 93.1%. Preventive behaviors for *Opisthorchist viverrini* and Cholangiocarcinoma among Pickled Fish Establishments were found to be at a level that should be improved at 73.6%. Overall, health literacy in preventing liver fluke and bile duct cancer were significantly associated with prevention behavior for *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma (rs = 0.515, p-value =.0001). When considering each aspect, it was found that access to health information and services is related to *Opisthorchis viverrini* and Cholangiocarcinoma prevention behavior with statistical significance (rs =0.297,p-value = .011).

Keywords: Health Literacy, Preventive Behavior, Pickled fish establishments,

บทนำ

การติดพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchist viverrini* (O.v.) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ได้แก่ ไทย ลาว กัมพูชา เวียตนาม และพม่า โดยมีคนติดพยาธิใบไม้ตับประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดพยาธิใบไม้ตับบ่อยๆซ้ำๆมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี[1] สาเหตุของการติดพยาธิใบไม้ตับ คือ พฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนแบบปรุงดิบ ซึ่งมีตัวอ่อนระยะติดต่อพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ได้แก่ ลาบหรือก้อยปลาดิบ ปลาส้มดิบ ปลาร้าดิบ เป็นต้น ซึ่งในอดีตการกินปลาดิบของประชาชนในภาคอิสานพบอยู่ทั่วไป ประชาชนนิยมกินก้อยปลาและปลาส้มดิบเนื่องจากติดใจในรสชาติที่หวาน นุ่ม รวมกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเรื่องการฆ่าพยาธิจากการใช้เครื่องปรุงรส เช่น การดื่มเหล้าไปพร้อมกับการกินก้อยปลา หรือการบีบมะนาวหรือใส่มดแดงในก้อยปลาดิบจะทำให้พยาธิเสียชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่วัฒนธรรมการกินเท่านั้นยังพบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิด้วย[2] เห็นได้จากปลาส้มที่ขายในตลาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการปนเปื้อนของพยาธิใบไม้ตับ และมีโอกาสติดต่อสู่คนได้ถ้ารับประทานดิบๆ ซึ่งแหล่งผลิตรายใหญ่และส่งขายทั่วภาคอิสานอยู่ที่อำเภออุบลรัตน์ ซึ่งเป็นที่ตั้งของเขื่อนอุบลรัตน์ ในจังหวัดขอนแก่น มีการผลิตปลาร้าและปลาส้มจำหน่ายในภาคอีสาน[3]

การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้ได้นั้น แนวทางหนึ่งคือการทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลก[4] ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[5] บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพ ของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการงานได้อย่างเข้มแข็ง บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ด้วย[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและการนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี[7] จากรายงานการศึกษาของรัชนี กุญแจทอง และคณะ[8] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้

ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น พบว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาอื่น[9] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกัน[10]

การที่จะบรรลุทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี2568 ได้จำเป็นต้องให้ความสนใจผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้ประกอบอาหาร ถ้าอาหารที่ผลิตออกมาปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับก็จะนำไปสู่การลดโรคได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Survey research by cross sectional analytic study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม เขตสุขภาพที่ 7 พื้นที่ศึกษาคือ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มผลิตเพื่อจำหน่าย ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ จำนวน 8 แห่ง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มที่ผลิตเพื่อจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกทุกคนในพื้นที่ศึกษา จำนวน 72 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไป การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ การทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3 คน และนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบความเที่ยงโดยศึกษาในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach' Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง 0.8 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ กล่าวคือถ้าค่าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ถือได้ว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงค่อนข้างสูง[11]

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Chi-square และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเสปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการศึกษา

ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้ม 72 คน มีอายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D =9.95) เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.5 อาศัยอยู่ติดแหล่งน้ำร้อยละ 77.8 ส่วนใหญ่เป็นผู้ปรุงอาหารในครัวเรือนร้อยละ 63.9 มีญาติสายตรงในครอบครัวที่

ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับร้อยละ 18.1 เคยตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 86.1 และพบว่าติดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 22.2

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปราร้าและปลาส้ม โดยรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=72)	ร้อยละ
-มาก	0	0
-ปานกลาง	5	6.9
-น้อย	67	93.1
Mean = 107.5, S. D =15.3	72	100.0

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปราร้าและปลาส้มจำแนกรายด้าน

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=72)	ร้อยละ
1) การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	56	77.8
-ปานกลาง	15	20.8
-มาก	1	1.4
(Mean=10.9, SD= 3.9)	72	100
2) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	53	73.6
-ปานกลาง	18	25.0
-มาก	1	1.4
(Mean= 16.5, SD= 4.9)	72	100
3) ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	57	79.2
-ปานกลาง	8	11.1
-มาก	7	9.7
(Mean= 7.5, SD= 4.0)	72	100.0
4) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	59	81.9
-ปานกลาง	10	13.9
-มาก	3	4.2
(Mean= 12.0, SD= 3.4)	72	100.0
5) ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	64	88.9
-ปานกลาง	7	9.7
-มาก	1	1.4
(Mean= 13.4, SD= 4.9)	72	100.0
6) การจัดการตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
-น้อย	53	73.6
-ปานกลาง	18	25.0
-มาก	1	1.4
(Mean= 16.5, SD= 4.9)	72	100

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับควรต้องปรับปรุง ร้อยละ 73.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน (n=72)	ร้อยละ
-ควรปรับปรุง	53	73.6
-ปานกลาง	17	23.6
-ดี	2	2.8
(Mean= 33.3, SD= 5.6)	72	100.0

เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเคยกินปลาปรุงดิบๆเป็นประจำ(มากกว่า 3 ครั้งใน1 เดือน) พบว่า กินปลาส้มดิบสูงที่สุดร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ กินลาบปลาดิบ/ก้อยปลาดิบร้อยละ 6.9 พฤติกรรมการผลิตปลาร้า/ปลาส้มที่ปฏิบัติเป็นประจำ พบการแช่แข็งปลาส้มในช่องแช่แข็งอย่างน้อย 3 วัน พบร้อยละ 31.9 ส่วนการหมักปลาร้าอย่างน้อย 1 เดือน พบร้อยละ 20.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
พฤติกรรมการเคยกินอาหารปลาปรุงดิบๆใน1 เดือนที่ผ่านมา				
1. ลาบปลาดิบ/ก้อยปลาดิบ	5(6.9)	4(5.6)	12(16.7)	51(70.8)
2. ส้มตำปลาร้าดิบ	3(4.2)	11(15.3)	28(38.9)	30(41.7)
3. ส้มไข่ปลาดิบ	4(5.6)	2(2.8)	24(33.3)	42(58.3)
4. หม่ำขี้ปลาดิบ	4(5.6)	4(5.6)	22(30.6)	42(58.3)
5. ปลาจ่อมดิบ/ส้มปลาน้อยดิบ	4(5.6)	4(5.6)	24(33.3)	40(55.6)
6. แจ่วบองปลาร้าดิบ	3(4.2)	16(22.2)	30(41.7)	23(31.9)
7. ส้มปลาดิบ	9(12.5)	8(11.1)	16(22.2)	39(54.2)
พฤติกรรมในการผลิตปลาร้า/ปลาส้ม				
1 การล้างมือก่อนการผลิต	3(4.2)	0	7(9.7)	62(86.1)
2. การล้างมือหลังการผลิต	7(9.7)	1(1.4)	4(5.6)	60(83.3)
3. การกินอาหารหรือดื่มน้ำระหว่างการผลิต	23(31.9)	21(29.2)	14(19.4)	14(19.4)
4. การหมักปลาร้าอย่างน้อย 1 เดือน	15(20.8)	9(12.5)	9(12.5)	39(54.2)
5. การแช่แข็งปลาส้มในช่องแช่แข็งอย่างน้อย 3 วัน	23(31.9)	11(15.3)	11(15.3)	27(37.5)
6.ในกรณีที่มีบาดแผล สวมใส่ถุงมือในระหว่างการผลิต	7(9.7)	0	7(9.7)	58(80.6)
7.การทำความสะอาดสถานที่/อุปกรณ์ทุกครั้งหลังการผลิต	2(2.8)	0	1(1.4)	69(95.8)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ($r_s = 0.515$, *p-value* =.0001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ($r_s = 0.297$, *p-value* =.011) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพใน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	พฤติกรรมการป้องกันโรค	
	r_s	p-value
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.515*	.0001
- การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	0.060	.614
- ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค	0.297*	.011
- ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรค	0-.002	.989
- ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรค	0.030	.802
- ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรค	0-.055	.648
- การจัดการตนเองในการป้องกันโรค	0.213	.073

*หมายเหตุ *p-value<0.05*

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.1 นั่นแสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของธนากร วรัมพร และคณะ[9] ที่พบว่าความความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มส่วนใหญ่อาจจะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะเก็บข้อมูลในพื้นที่พบว่ากลุ่มผู้ประกอบการจะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากเนื่องจากมีภารกิจที่เร่งรีบ ยกตัวอย่างเช่น ในช่วงเช้าต้องรีบทำความสะอาดปลาที่รับซื้อมาจากตลาดเพื่อที่จะนำมาหมักในช่วงบ่าย แล้วส่งขายที่ตลาดในช่วงเช้าวันต่อมา ซึ่งชีวิตส่วนใหญ่จะวนอยู่แบบนี้ ส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องมีค่อนข้างน้อยกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มมีอยู่ในระดับควรต้องปรับปรุง ร้อยละ 73.6 และพบว่าความชุกของพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการพบร้อยละ 22.2 ซึ่งถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ที่กำหนดให้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี 2568[12] และสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7 ที่พบความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับในประชาชนร้อยละ 3.1 [13] การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มมีพฤติกรรมการกินปลาส้มดิบเป็นประจำ (เดือนละ1-3 ครั้ง) ร้อยละ 12.5 และกินลาบปลาดิบหรือก้อยปลาดิบเป็นประจำ(เดือนละ1-3 ครั้ง) ร้อยละ 6.9 เนื่องจากลาบดิบเป็นอาหารอันโปรดปราน ที่มีความอร่อย อ้างกันว่าในความหวานของโปรตีน เอนไซม์ กินแล้วมีกำลังวังชา ได้สารอาหารมากมายจากธรรมชาติ กินแล้วคล่องคอ ไม่มีก้าง จากการสำรวจการติดพยาธิใบไม้ตับในปลาภาคอีสานและภาคเหนือในปี 2559-2560 พบว่า ปลาในห้วย หนอง คลอง บึง ในภาคอีสานติดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9-11 และมีประชาชนกลุ่มหนึ่งที่นำปลาที่หาได้จากแหล่งน้ำในพื้นที่มาทำปลาส้มและปลาร้ารับประทานเอง[14] นั่นแสดงว่าถ้าผู้ประกอบการกินปลาดิบก็อาจมีความเสี่ยงที่จะติดพยาธิใบไม้ตับได้

พฤติกรรมการผลิตปลาร้าและปลาส้มที่ปฏิบัติเป็นประจำควรต้องปรับปรุง เนื่องจากการแช่แข็งปลาส้มในช่องแช่แข็งอย่างน้อย 3 วัน ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 37.5 การหมักปลาร้าอย่างน้อย 1 เดือนไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 54.2 และในกรณีที่มีบาดแผล สวมใส่ถุงมือในระหว่างการผลิตไม่เคย

ปฏิบัติเลยร้อยละ 80.6 นั่นแสดงว่า พฤติกรรมดังกล่าวควรต้องปรับปรุง ปลาส้มที่นำไปแช่แข็งในอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียสอย่างน้อย 3 วัน สามารถทำลายระยะติดต่อพยาธิใบไม้ได้ [15] ส่วนการหมักปลาร้าอย่างน้อย 1 เดือนจะสามารถทำลายระยะติดต่อพยาธิใบไม้ได้เช่นกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมของผู้ประกอบการปลาร้าและปลาส้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.515$ *p-value* =.0001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร กุญแจทอง และคณะ[8] ที่พบว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการได้รับบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค และการศึกษาของธนากร วรัมพร และคณะ[9] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับพบ 3 ด้านได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค (r=0.194, p<0.001) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรค (r=0.258, p<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ (r=0.141, p<0.05) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพียงด้านเดียวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สอดคล้องกับการศึกษาอื่น [16,17] ดังนั้น ท้องถิ่นต้องประสานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เร่งรัดพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ประกอบการปลาร้าปลาส้มเป็นรายบุคคลด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1. Banchob Sripa * Amonrat Jumnainsong [§], Sirikachorn Tangkawattana [¶], Melissa R. Haswell Immune Response to *Opisthorchis viverrini* Infection and Its Role in Pathology. Advances in Parasitology 2018, 102: 73-95. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0065308X18300563

2. ธิดารัตน์ บุญมาศ. การทำให้ปลาปลอดพยาธิใบไม้ตับ. จุลสารCASCAP:Cholangiocarcinoma and care program 2559, 1(2): 6-7.

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. World Health Organization. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva: WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.

5. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development; 2009 Oct 26-30; Nairobi: Kenya; 1988.

6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์; 2561.

7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15ปีขึ้นไป(ฉบับปรับปรุง ปี 2561).นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2561

8. รัชนีกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, ศุจินันท์ ตรีเดช, สมจิตร พันธุโพธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น วารสารควบคุมโรค 2564, 47(2): 1191-1202

9. ธนากร วรัมพร ยุวดี สาระพันธ์ สุนิสา แสงจันทร์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563, 3(2), 16-20

10. ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;3(6):67-85

11. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม.พิมพ์ครั้งที่ 6 (ฉบับปรับปรุงใหม่).กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552

12.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

13. ศูนย์ประสานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานสะสม 1 ตุลาคม 2563-30 กันยายน 2564. จุลสารศูนย์ประสานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2564, 6(17) : 11

14. ธิดารัตน์ บุญมาศ และเบญจมาภรณ์ พุ่มหิรัญโรจน์. การสำรวจการติดพยาธิใบไม้ตับในวงศ์ปลาตะเพียน ภายใต้โครงการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จุลสารศูนย์ประสานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2560, 2(7) : 7

15. Elnawawi FA, Tawfik, MAA, Shaapan RM.. Some methods of inactivation or killing of encysted metacercaria in tilapia muscle. Egypt J Vet Sci, 2000, 34: 31-38

16. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และเทพไทย โชติชัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564, 37 (1); 99-111.

17. สุพัตรา เชาว์ไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิราพร สืบสุนทร, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ต้นเกตุ, ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566, 38 (1): 11-20.

ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

DIVERSITY OF TREE SPECIES IN VALAYA ALONGKORN RAJABHAT UNIVERSITY UNDER THE ROYAL PATRONAGE

(Received: February 7,2025 ; Revised: February 12,2025 ; Accepted: February 13,2025)

วันชาติ บุณยประสาท[1], นิสา พักตร์วิไล[2] สุนทรี จีนธรรม[2] และ ประวรดา โภชนจันทร์[2]
Wanchat Bunyaprasat[1], Nisa pakwilai[2], Soontaree Cheentam[2], and Praworada Pochanajun[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ภายในพื้นที่ 288 ไร่ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 6 โซน เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ ระบุชนิดของต้นไม้ และนับจำนวน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความหลากหลายและความสม่ำเสมอของไม้ยืนต้น

ผลการศึกษาพบไม้ยืนต้นทั้งหมด 2,380 ต้น จำแนกเป็นชนิด จำนวน 77 ชนิด และจำแนกเป็นวงศ์ จำนวน 30 วงศ์ โดยวงศ์ที่พบมากที่สุดคือ Fabaceae พบ 20 ชนิด รองลงมาได้แก่วงศ์ Bignoniaceae จำนวน 8 ชนิด และวงศ์ Moraceae จำนวน 7 ชนิด ตามลำดับ วงศ์ที่มีจำนวนไม้ยืนต้นมากที่สุด คือ วงศ์ถั่ว (Fabaceae) จำนวน 886 ต้น รองลงมา คือ วงศ์ตะแบก (Lythraceae) จำนวน 298 ต้น และวงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) จำนวน 275 ต้น ไม้ยืนต้นที่พบมากที่สุดคือ ราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) โดยมีจำนวน 414 ต้น บริเวณที่พบชนิดของไม้ยืนต้นมากที่สุดคือ โซนที่ 3 บริเวณเรือนไทยถึงหอพักเพทาย จำนวน 49 ชนิด บริเวณที่พบไม้ยืนต้นมากที่สุดคือ โซนที่ 4 บริเวณโรงยิมเนเซียม 3 หอพักนักศึกษาถึงบางส่วนของบ้านพักบุคลากร จำนวน 528 ต้น ค่าดัชนีความหลากหลายของชนิดพรรณในมหาวิทยาลัย เท่ากับ 3.24 และมีดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ ที่ 0.75 ซึ่งอยู่ในระดับมาก บริเวณที่มีค่าดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้มากที่สุด คือ โซนที่ 2 ศูนย์อาหารถึงถนนหน้าเรือนไทย โดยมีค่า 3.12 บริเวณที่มีดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์มากที่สุด คือ โซนที่ 5 บริเวณสนามกีฬาถึงบ้านพักบุคลากร เท่ากับ 0.85

คำสำคัญ: ความหลากหลายทางชีวภาพ, ไม้ยืนต้น

Abstract

This study aimed to investigate the biodiversity of tree species at in Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand, which covers an area of 288 rai, from August 2024 to January 2025. The study area was divided into 6 zones, and data was collected through surveys that identified species and counted individuals.

Result: A total of 2,380 trees were recorded, classified into 77 species and 30 families, with the most common family being Fabaceae with 20 species, followed by the Bignoniaceae family with 8 species and the Moraceae family with 7 species, respectively. The family with the highest number of trees is the Bean family (Fabaceae), with 886 trees, followed by the Tabaek family (Lythraceae), with 298 trees, and the Khae-hang-langeng family. (Bignoniaceae), a total of 275 trees. The most common perennial plant was Ratchapruek (Cassia fistula L.), with 414 trees. The highest species diversity index calculated was 3.24, and the evenness index reached 0.75, indicating a high level of diversity. Zone 3 showed the highest occurrence of species (49 species), while Zone 4 had the greatest number of individual trees (528 trees).

Keywords: Biological Diversity, Tree

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานวัตกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[2] อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author E-mail: ajsoonaj@gmail.com

บทนำ

ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่น การใช้พลังงานจากฟอสซิล การผลิตภาคอุตสาหกรรม การทำการเกษตร และการขนส่ง เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งส่งผลให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจกทั่วโลกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางและรวดเร็วในหลายด้าน ตัวอย่างเช่น การสะสมของก๊าซเรือนกระจก ทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพภูมิอากาศ มีการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเลและการเปลี่ยนแปลงของกระแสน้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตทางทะเล การละลายของธารน้ำแข็งเกิดเร็วขึ้น ทำให้ระดับน้ำทะเลเพิ่มขึ้น การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพและการเปลี่ยนแปลงของถิ่นที่อยู่อาศัยของสิ่งมีชีวิต การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดสภาพอากาศสุดขั้วบ่อยครั้งมากขึ้น เช่น ภัยพิบัติที่มีผลกระทบอย่างสาหัสและรุนแรง อาทิ พายุไซโคลนที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อุทกภัยที่เกิดบ่อยครั้ง และความแห้งแล้งที่ยาวนาน ทั้งนี้ส่งผลเสียต่อพื้นที่หลายแห่งทั่วโลก[1] ในปี ค.ศ. 2023 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิทั่วโลกอยู่ที่ 53.82 billion metric tons ($GtCO_2eq$) ซึ่งมากกว่าปี ค.ศ. 1850 ที่มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิทั่วโลกอยู่ที่ 4.22 billion metric tons ($GtCO_2eq$) ถึง 1,275% โดยประเทศที่มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ประเทศจีน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอินเดีย ตามลำดับ ในส่วนของประเทศไทยนั้น ปี ค.ศ. 2023 มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิอยู่ที่ประมาณ 0.42 billion metric tons ($GtCO_2eq$) ซึ่งมากกว่าปี ค.ศ. 1850 ที่มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิอยู่ที่ 0.02 billion metric tons ($GtCO_2eq$) ถึง 2,100%[2]

ในปัจจุบัน หลายประเทศได้ตระหนักถึงปัญหาภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศมากขึ้น เนื่องจากปรากฏการณ์นี้ได้เข้ามาเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประเทศไทยได้มีนโยบายเพิ่มพื้นที่สีเขียวในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างหันมาให้ความสนใจในการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน การเพิ่มพื้นที่สีเขียวนั้นมีประโยชน์หลากหลายมิติ เช่น ต้นไม้และพื้นที่สีเขียวทำหน้าที่กรองอากาศและลดมลพิษ พื้นที่สีเขียวช่วยดูดซับและกักเก็บคาร์บอนไดออกไซด์จากบรรยากาศ ช่วยรักษาความสมดุลของระบบนิเวศ ช่วยลดอุณหภูมิของเมืองและปรับปรุงคุณภาพชีวิต โดยได้มีนโยบายการเพิ่มพื้นที่สีเขียวในรูปแบบต่างๆ เช่น การปลูกป่าเศรษฐกิจในพื้นที่เมือง การปลูกต้นไม้ในมหาวิทยาลัย และการสร้างสวนสาธารณะในชุมชน การดำเนินการนี้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สถานศึกษา และชุมชน[3] สถาบันการศึกษาขนาดใหญ่อย่างมหาวิทยาลัยจึงมีบทบาทอย่างมากในการช่วยส่งเสริมนักศึกษา และบุคลากรให้เห็นถึงความสำคัญที่จะช่วยลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกและเพิ่มพื้นที่สีเขียวในมหาวิทยาลัย ให้ได้ตามเป้าหมายการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ประเทศไทยกำหนด (Thailand Nationally Determined Contribution; Thailand's NDC) ที่ตั้งเจตจำนงในการลด การปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ได้ร้อยละ 20 - 25 ภายในปี พ.ศ. 2573[4]

ประเทศไทยมีมหาวิทยาลัยเป็นจำนวนมากที่มีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียว โดยมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบการจัดการและการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานที่คำนึงถึงการเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีหลักการและเหตุผลคือ ความรับผิดชอบของมหาวิทยาลัยต่อสังคม (University Social Responsibility) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการรักษาสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ สภาวะโลกร้อน และสภาพเรือนกระจก เป็นพันธกิจที่สำคัญภารกิจหนึ่งที่มหาวิทยาลัยจะต้องให้ความสำคัญในฐานะที่

เป็นสถาบันการศึกษาที่มีนักศึกษา อาจารย์ และบุคลากรมารวมตัวกันเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง อาคารเรียน ห้องปฏิบัติการ ระบบสาธารณูปโภค ตลอดจนความรู้ และเทคโนโลยี ที่จะนำมาใช้ในการรักษาสภาพแวดล้อมแก่ชุมชนและสังคมในวงกว้าง ดังนั้น มหาวิทยาลัยทั่วโลกส่วนใหญ่จึงได้ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยได้บรรจุประเด็นนี้ในวิสัยทัศน์และพันธกิจของมหาวิทยาลัย แล้วดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ ทั้งในการป้องกัน การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการวิจัยและพัฒนา เพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ ๆ มาใช้ในการรักษาสภาพแวดล้อมให้มีคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง[5]

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นมหาวิทยาลัยที่กำหนดแผนพัฒนามหาวิทยาลัยสีเขียว และได้มีคณะกรรมการพัฒนามหาวิทยาลัยสีเขียวตามเกณฑ์ UI GreenMetric World University Ranking โดยการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานที่คำนึงถึงความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การจัดการพลังงาน การจัดการของเสีย การจัดการน้ำ การสัญจร และการจัดการศึกษา[6] จากการพัฒนาองค์กรสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งประสบความสำเร็จตลอดมา จนกระทั่งในปี 2566 ได้ผ่านการประเมินเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวอันดับ 1 ของกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ และอันดับที่ 15 ของมหาวิทยาลัยทั้งประเทศ[7]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยศึกษาชนิด ปริมาณไม้ยืนต้น ที่อยู่ภายในมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งวิเคราะห์หาค่าความหลากหลายของชนิดพรรณไม้ยืนต้น เพื่อให้สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการพื้นที่สีเขียวภายในมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดความสมดุลทางระบบนิเวศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ภาพที่ 1 ภาพถ่ายทางอากาศ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ที่มา: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบการสำรวจ (Survey Design) เพื่อศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 - เดือนมกราคม 2568

1. สถานที่ทำการศึกษา

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี

การวิจัยดำเนินการโดยการศึกษาพื้นที่ภายในมหาวิทยาลัย ขนาดพื้นที่ 288 ไร่ โดยแบ่งเป็น 6 โซน ได้แก่ โซน 1 ประตูมหาวิทยาลัยถึงถนนหน้าศูนย์อาหาร โซน 2 ศูนย์อาหารถึงถนนหน้าเรือนไทย โซน 3 บริเวณเรือนไทยถึงหอพักเพทาย โซน 4 โรงยิมเนเซียม 3 หอพักนักศึกษาถึงบางส่วนของบ้านพักบุคลากร โซน 5 บริเวณสนามกีฬาถึงบ้านพักบุคลากร โซน 6 บริเวณ Valaya Hut ดังภาพที่ 1

2. วิธีการเก็บข้อมูล

2.1 เก็บข้อมูลพรรณไม้ ด้วยการสำรวจพื้นที่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยเริ่มจากโซนที่ 1 2 3 4 5 และ 6 ตามลำดับ

2.2 ทำการบันทึกข้อมูลชื่อพรรณไม้ จำนวนไม้ยืนต้นที่สำรวจพบ ถ่ายภาพ ศึกษาชื่อพรรณไม้ ชื่อพฤกษศาสตร์ วงศ์ ของพรรณไม้ที่สำรวจพบ ในบริเวณทั้ง 6 โซน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การหาค่าความหลากหลายทางชีวภาพระดับชนิด โดยใช้สูตรของ Shannon – Weaver's index (Shannon and Weaver, 1949) มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$H' = -\sum_{i=1}^{S} (Pi)\ln(Pi)$$

เมื่อ H' คือ ค่าดัชนีความหลากชนิด

Pi คือ สัดส่วนระหว่างจำนวนไม้ยืนต้นแต่ละชนิดต่อจำนวนไม้ยืนต้นทั้งหมด

S คือ จำนวนชนิดไม้ยืนต้นทั้งหมด

3.2 ดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ (Evenness index) โดยใช้สูตรของ Pielou's (1975)

$$E = H'/\ln S$$

เมื่อ E คือ ความสม่ำเสมอของชนิด

H' คือ ค่าดัชนีความหลากชนิด Shannon – Weaver's index

S คือ จำนวนชนิดไม้ยืนต้นทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความหลากหลายของไม้ยืนต้น

จากการสำรวจชนิดพรรณไม้ ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบไม้ยืนต้นทั้งหมด 77 ชนิด 30 วงศ์ จำนวนทั้งหมด 2,380 ต้น โดย ชนิด วงศ์ และจำนวนของพรรณไม้แต่ละชนิดในแต่ละบริเวณ

พบไม้ยืนต้นวงศ์ถั่ว (Fabaceae) มากที่สุด จำนวน 20 ชนิด รองลงมา คือ วงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) จำนวน 8 ชนิด และวงศ์วงศ์ขนุน (Moraceae) จำนวน 7 ชนิด โดยวงศ์ที่มีจำนวนไม้ยืนต้นมากที่สุด คือ วงศ์ถั่ว (Fabaceae) จำนวน 886 ต้น รองลงมา คือ วงศ์ตะแบก (Lythraceae) จำนวน 298 ต้น และวงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) จำนวน 275 ต้น ไม้ยืนต้นที่พบมากที่สุด คือ ราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) จำนวน 414 ต้น รองลงมา คือ อโศกอินเดีย (*Polyalthia longifolia* (Benth.) Hook. f. var. pandurata) จำนวน 263 ต้น และอินทนิล (*Lagerstroemia speciosa* (L.) Pers.) จำนวน 223 ต้น จากพื้นที่สำรวจทั้ง 6 บริเวณจะพบชนิดของต้นไม้ 29 46 49 39 32 และ 28 ชนิด ตามลำดับ และพบจำนวนของไม้ยืนต้น 519 488 503 528 170 และ 172 ต้น ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ความหลากหลายทางชีวภาพของพรรณพืช

จากการวิเคราะห์ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่า ดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้ (Shannon – Weaver's index) มีค่าเท่ากับ 3.24 และมีดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ (Evenness index) ที่ 0.75 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาดัชนีความหลากหลาย

ของไม้ยืนต้น ทั้ง 6 พื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้มากที่สุด คือ โซนที่ 2 เท่ากับ 3.12 รองลงมาได้แก่ โซนที่ 3 เท่ากับ 3.02 โซนที่ 5 เท่ากับ 2.96 โซนที่ 1 เท่ากับ 2.71 โซนที่ 6 เท่ากับ 2.59 และโซนที่ 4 เท่ากับ 2.53 ตามลำดับ ในส่วนดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ พบว่า พื้นที่ที่มีดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์มากที่สุด คือ โซนที่ 5 เท่ากับ 0.85 รองลงมาได้แก่ โซนที่ 2 เท่ากับ 0.82 โซนที่ 1 เท่ากับ 0.80 โซนที่ 3 กับโซนที่ 6 มีค่าเท่ากันคือ 0.78 และโซนที่ 4 มีค่า 0.69 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการสำรวจชนิดพรรณไม้ ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบไม้ยืนต้นทั้งหมด 77 ชนิด 30 วงศ์ จำนวนทั้งหมด 2,380 ต้น พบไม้ยืนต้นวงศ์ถั่ว (Fabaceae) มากที่สุด จำนวน 20 ชนิด รองลงมาคือ วงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) จำนวน 8 ชนิด และวงศ์ขนุน (Moraceae) จำนวน 7 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจไม้ต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ของมัทนภรณ์ ใหม่คามิ และคณะ[8] โดยพบไม้ต้นในวงศ์ถั่ว (Fabaceae) มากที่สุด จำนวน 13 ชนิด รองลงมาคือวงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) และวงศ์วงศ์ขนุน (Moraceae) ซึ่งมีจำนวน 7 ชนิด เท่ากัน และจากการศึกษาเกี่ยวกับไม้ยืนต้นที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ได้ค้นพบพรรณไม้จำนวน 126 ชนิด จาก 39 วงศ์ โดยมีพืชวงศ์ Fabaceae มีจำนวนมากที่สุดถึง 26 ชนิด[9] จากการสำรวจยังพบว่าวงศ์ที่มีจำนวนไม้ยืนต้นมากที่สุด คือ วงศ์ถั่ว (Fabaceae) จำนวน 886 ต้น รองลงมา คือ วงศ์ตะแบก (Lythraceae) จำนวน 298 ต้น และวงศ์แคหางค่าง (Bignoniaceae) จำนวน 275 ต้น ทั้งนี้เนื่องจากพืชวงศ์ Fabaceae เป็นหนึ่งในวงศ์พืชที่มีขนาดใหญ่และหลากหลาย โดยมีจำนวนชนิดมากเป็นอันดับที่ 3 ของพืชดอกทั้งหมด รองจากวงศ์ Asteraceae และ Orchidaceae ตามลำดับ พืชวงศ์นี้มีการแพร่กระจายทั่วโลกและสามารถเจริญเติบโตได้ในเกือบทุกระบบนิเวศ และยังมีความสำคัญทางเศรษฐกิจมากที่สุดเป็นอันดับสองของโลก รองจากพืชวงศ์ Poaceae[10] ด้วยเหตุนี้พืชวงศ์ Fabaceae จึงถูกเพาะปลูกอย่างแพร่หลายในประเทศไทย และทั่วทุกภูมิภาคของโลก

เมื่อพิจารณาจากจำนวนต้นไม้ พบว่า ต้นราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) มีจำนวนมากที่สุด โดยมีจำนวน 414 ต้น รองลงมาคือต้นอโศกอินเดีย (*Polyalthia longifolia* var. pendula) จำนวน 263 ต้น และอินทนิล (*Lagerstroemia speciosa* (L.) Pers.) จำนวน 223 ต้น ตามลำดับ ไม้ยืนต้นทั้ง 3 ชนิด นิยมนำมาปลูกเพื่อปรับภูมิทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรศักดิ์ ชูทอง และคณะ[11] โดยสำรวจชนิดพรรณของไม้ต้นในงานภูมิทัศน์ถนนพื้นที่เขตเมือง ในเขตเทศบาลนครจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการสำรวจพบว่า ไม้ยืนต้นที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ อโศกอินเดีย (*Polyalthia longifolia* var. pendula), ตะแบก (*Lagerstroemia floribunda* Jack), พญาสัตบรรณ (*Alstonia scholaris* (L.) R.Br), ราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) และอินทนิล (*Lagerstroemia speciosa* (L.) Pers.) โดยมีจำนวน 306, 93, 56, 43 และ 26 ตามลำดับ ทั้งนี้การที่ต้นราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) มีจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเป็นต้นไม้ประจำมหาวิทยาลัย จึงสามารถพบเห็นได้ทั่วทั้งมหาวิทยาลัย รองลงมาคือ ต้นอโศกอินเดีย (*Polyalthia longifolia* var. pendula) ซึ่งพบว่ามีการปลูกเป็นแนวยาวด้านข้างอาคารเรียน และหอพักนักศึกษา และต้นอินทนิล (*Lagerstroemia speciosa* (L.) Pers.) ก็สามารถพบเห็นได้ทั่วทั้งมหาวิทยาลัย เพราะเป็นต้นไม้ที่ให้ร่มเงา และมีดอกที่สวยงาม

เมื่อทำการวิเคราะห์ดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้ ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.24 แสดงว่ามีความหลากหลายของพรรณไม้ใน

ระดับสูง โดยมีค่าใกล้เคียงกับความหลากหลายของชนิดพรรณพืชในพื้นที่ป่าปกปัก มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีค่าเท่ากับ 3.48[12] และเมื่อพิจารณาค่าดัชนีความหลากหลายของชนิดพรรณ ในแต่ละพื้นที่ พบว่า โซนที่ 2 มีดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้มากที่สุด โดยมีค่า 3.12 เนื่องจากเป็นบริเวณที่พื้นที่มีขนาดใหญ่ มีถนนตัดผ่านเพียง 2 เส้น มีบ่อน้ำขนาดเล็ก จึงทำให้บริเวณระหว่างอาคารเรียนมีพื้นที่ในการปลูกต้นไม้ได้หลายชนิด พื้นที่ที่มีค่าดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้มากรองลงมา คือ โซนที่ 3 , 5, 1, 6 โดยมีค่าดัชนี 3.02, 2.96, 2.71 2.59 ตามลำดับ ส่วนโซนที่มีค่าดัชนีความหลากหลายของพรรณไม้น้อยที่สุด คือ โซนที่ 4 มีค่าเท่ากับ 2.53 เนื่องจากเป็นบริเวณด้านหลังมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นส่วนของหอพักนักศึกษา จึงทำให้ต้องมีการจัดพื้นที่ในการจอดรถ รวมถึงมีสนามกีฬา และมีบึงขนาดใหญ่ 3 แห่งโดยรอบ ส่งผลให้มีพื้นที่ในการปลูกต้นไม้ค่อนข้างน้อย

ในส่วนของความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ภายในมหาวิทยาลัย พบว่ามีค่า 0.75 ซึ่งหมายถึงภายในพื้นที่มีการกระจายตัวของจำนวนต้นของพืชแต่ละชนิดค่อนข้างเท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาความหลากหลายของชนิดพรรณพืชในพื้นที่ป่าปกปัก มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีค่าความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ เท่ากับ 0.78[12] แสดงว่าพื้นที่แห่งนี้มีการกระจายตัวของพืชแต่ละชนิดอย่างสมดุล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและความหลากหลายทางชีวภาพของพืชพื้นล่าง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความหลากหลายชีวภาพของพรรณไม้ข้างต้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ ทั้ง 6 พื้นที่ พื้นที่ที่มีดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์มากที่สุด คือ โซนที่ 5 เท่ากับ 0.85 เนื่องจากเป็นโซนบ้านพักบุคลากร จึงทำให้มีไม้ยืนต้นที่มีชนิดเดียวกันจำนวนน้อย เนื่องจากบ้านแต่ละหลังมีการปลูกไม้ยืนต้นแตกต่างกันไปตามความชอบ ทำให้ค่าดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ค่อนข้างสูง รองลงมาได้แก่ โซนที่ 2, 1, 3, 6 โดยมีค่าดัชนี 0.82, 0.80, 0.78, 0.78 ตามลำดับ ซึ่งโซนที่มีค่าดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์น้อยที่สุดคือ โซนที่ 4 โดยมีค่า 0.69 เนื่องจากเป็นโซนที่มีต้นราชพฤกษ์ (*Cassia fistula* L.) และต้นอโศกอินเดีย (*Polyalthia longifolia* var. pendula) มากที่สุดในมหาวิทยาลัย โดยมีจำนวน 130 และ 128 ต้น ตามลำดับ ทำให้มีค่าดัชนีความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ค่อนข้างต่ำ

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงภาพรวมของความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น ในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปต่อยอดในการวางแผนการจัดการพรรณพืช ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่ม ความหลากหลายทางชนิดพรรณและความสม่ำเสมอของชนิดพันธุ์ รวมถึงการบริหารจัดการพื้นที่สีเขียวภายในมหาวิทยาลัยด้วย อีกทั้งยังช่วยกักเก็บคาร์บอนอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม. (2566). IPCC AR6 รายงานการสังเคราะห์ (สำหรับผู้กำหนดนโยบาย). [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก https://eservice.dcce.go.th/e-book/132/index.html. (2567, 10 พฤศจิกายน).
2. Jones et al. (2024). CO_2 and Greenhouse Gas Emissions. [Online], Available: https://ourworldindata.org/co2-and-greenhouse-gas-emissions. (2024, 29 November).
3. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2561). การพัฒนาวิธีการประเมินการกักเก็บและกระบวนการแลกเปลี่ยนคาร์บอนภายใต้โครงการพัฒนาเครื่องมือ/วิธีการประเมินจากเก็บและกระบวนการแลกเปลี่ยนคาร์บอน. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก https://eservice.dcce.go.th/storage/Media/C201912236906.pdf. (2567, 10 พฤศจิกายน).

4. สำนักงานนโยบายและแผน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก
https://www.onep.go.th/การขับเคลื่อนการดำเนิน. (2567, 10 พฤศจิกายน).
5. คลังสมองของชาติ, สถาบัน. (2557). Green Campus Workshop. เอกสารประกอบการประชุม วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557. ณ ห้องประชุมจามจุรี 2 ชั้น M โรงแรมปทุมวันปริ้นเซส.
6. พนาวัน เปรมศรี และโชติ บดีรัฐ. (2565). ผลสัมฤทธิ์การดำเนินการสู่ความเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียว. Journal of Modern Learning Development. 7(9): 422-435.
7. UI GreenMetric World University Rankings. (2023). UI GreenMetric World University Rankings 2023. [Online], Available:
https://greenmetric.ui.ac.id/rankings/overall-rankings-2023. (2024, 11 November).
8. มัทนภรณ์ ใหม่คามิ และคณะ. (2562). การสำรวจไม้ต้นในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 14(2): 1-11.
9. ธัชคณิน จงจิตวิมล, วันชัย สุขราชม, อมรรัตน์ ด้วงคา และสหณัฐ เพชรศรี. (2559). ไม้ยืนต้นในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา. 21(3): 122-137.
10. Azani et al. (2017). A new subfamily classification of the Leguminosae based on taxonomically comprehensive phylogeny. Taxon. 66(1): 44-77.
11. สุรศักดิ์ ชูทอง และคณะ. (2565). การศึกษาชนิดและสถานภาพการคุกคามต่อไม้ต้นในงานภูมิทัศน์ถนน พื้นที่เขตเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่. 23(1): 198-212.
12. สุรชัย ณรัฐ จันทร์ศรี และปารณีย์ ชมภูพระ. (2563). ความหลากหลายของพรรณพืชในพื้นที่ป่าปกปักมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 12(24): 198-210.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร

PRODUCTION OF ORGANIC FERTILIZER FROM HERBAL MEDICINE WASTE AND AGRICULTURAL WASTE.

(Received: February 7,2025 ; Revised: February 12,2025 ; Accepted: February 13,2025)

ทรงกลด วัฒนพรชัย[1] นิสา พักตร์วิไล[2] สุนทรี จีนธรรม[2] และ ประวรดา โภชนจันทร์[2]
Songkrod Wattanapornchai[1] Nisa pakwilai[2] Soontaree Cheentam[2] and Praworada Pochanajun[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ใช้พื้นที่ศึกษาที่โรงผลิตยาสมุนไพร ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และห้องปฏิบัติการเคมีและความอุดมสมบูรณ์ของดิน ภาควิชาปฐพีวิทยา คณะเกษตร กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดนครปฐม วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่1 การเตรียมวัตถุดิบ ระยะที่ 2 การผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และ ระยะที่ 3 การทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ลักษณะของปุ๋ยเป็นชนิดผง มีสีน้ำตาลปนดำ มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ โดยจัดอยู่ในเกณฑ์ปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงที่กรมพัฒนาที่ดินกำหนดไว้

คำสำคัญ: การผลิตปุ๋ยอินทรีย์; กากยาสมุนไพร; วัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร: การจัดการสิ่งแวดล้อม

Abstracts

This research aimed to study the appropriate ratio of herbal waste and agricultural waste to produce organic fertilizer and to test the properties of organic fertilizer from herbal medicine waste and agricultural waste. This research was an experimental research using the study area at the herbal medicine factory, Khlong Si Subdistrict, Khlong Luang District, Pathum Thani Province and the Soil Chemistry and Fertility Laboratory, Department of Soil Science, Faculty of Agriculture, Kamphaeng Saen, Kasetsart University, Nakhon Pathom Province. The research methodology was divided into 3 phases: Phase 1: Raw material preparation, Phase 2: Organic fertilizer production, and Phase 3: Testing the properties of organic fertilizer. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the research found that organic fertilizer from herbal medicine waste and agricultural waste was in the form of powder and dark brown colour with a pH of 8.92 and an electrical conductivity of 1.08 decisiemens per meter. The organic matter content is 38.47 percent, the carbon to nitrogen ratio is 16:1, the total nitrogen is 1.42 percent, the total phosphorus is 1.54 percent, and the total potash is 0.74 percent, respectively, which are classified as high-quality organic fertilizers as specified by the Land Development Department.

Keywords: Organic fertilizer production; Herbal medicine residue; Agricultural waste; Environmental management

---

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author
E-mail:ajsoonaj@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาสำคัญของโลกและของทุกประเทศ โดยเฉพาะปัญหาภาวะโลกร้อน ซึ่งเกิดจากก๊าซเรือนกระจกและทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น ปัญหาการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ปัญหามลภาวะจากขยะมูลฝอย ปัญหามลพิษทางอากาศ ปัญหาป่าไม้ถูกทำลาย ปัญหาด้านพลังงาน และปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร ดังนั้น การใช้พลังงาน การบริโภคสินค้าและบริการในชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมดังกล่าว การแก้ไขปัญหาควรมีกฎระเบียบและนโยบายที่ทำให้ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติไปในทิศทางที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น[1]

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม มีทั้งทำนา ทำสวน และทำไร่ และยังมีการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรในระดับครัวเรือน และอุตสาหกรรมทางการเกษตรครบวงจรเพื่อนำผลผลิตทางการเกษตรออกสู่ตลาดทั้งในประเทศและส่งออกไปยังต่างประเทศ ทำให้มีกากและเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรและกากจากผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่หลากหลาย จึงมีการนำของเสียมาใช้ประโยชน์จำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการนำของเสียจากภาคการเกษตรมาใช้ประโยชน์เพื่อการผลิตพลังงานและปุ๋ยอินทรีย์ การนำของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมมาเป็นสารตั้งต้นในการผลิตพลังงานและปุ๋ยอินทรีย์ การนำวัสดุเหลือทิ้งจากการเกษตรมาหมักทำปุ๋ย และนำมาผสมทำดินปลูกต้นไม้ รวมถึงการนำกากยาสมุนไพรที่แปรรูปแล้วนำกลับมาใช้ใหม่เพื่อเพิ่มมูลค่าในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์[1]

จังหวัดปทุมธานี ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตรปัจจุบันมีการส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์ เพื่อลดการเสื่อมสภาพของดินและการตกค้างของสารเคมีและปุ๋ยมีราคาสูงขึ้น สถานการณ์ราคาปัจจัยการผลิตปุ๋ยเคมีราคาขยับขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2563 ทำให้ราคาปุ๋ย ณ ปัจจุบันราคาเพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว และยังไม่มีแนวโน้มจะลดลง เนื่องจากปัจจุบันราคาวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตปุ๋ยเคมีปรับตัวสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปุ๋ยยูเรีย (UREA) แอมโมเนียมซัลเฟต (AS) ไดแอมโมเนียมซัลเฟต (DAP) และโปแตสเซียมคอไรด์ (MOP) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อเกษตรกร เนื่องจากไทยต้องนำเข้าวัตถุดิบปุ๋ยเคมีมาจากต่างประเทศเกือบร้อยละ 100 เพื่อนำมาผลิตปุ๋ยให้เพียงพอต่อความต้องการ จากสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ปุ๋ยเคมี ระบบการผลิตเกษตรอินทรีย์ที่มุ่งเน้นการใช้ ปุ๋ยอินทรีย์แทนปุ๋ยเคมี จึงถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขปัญหา โดยปุ๋ยอินทรีย์นอกจากจะมีประสิทธิภาพในการช่วยปรับปรุงโครงสร้างดิน เช่น การอุ้มน้ำและการถ่ายเทอากาศในดินแล้วยังมีธาตุอาหารหลัก ธาตุอาหารรอง และธาตุอาหารเสริมที่เป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของพืชรวมอยู่ด้วย อีกทั้งปุ๋ยอินทรีย์ที่ผลิตจากขยะอินทรีย์ชนิดต่าง ๆ ยังเป็นการช่วยลดปริมาณขยะ และช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า พืชผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์มีแนวโน้มของการสะสมปริมาณไนเตรตน้อยกว่าพืชผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยเคมี[2] ปุ๋ยอินทรีย์ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ ปุ๋ยคอก ปุ๋ยหมัก และปุ๋ยพืชสด ความสำคัญของปุ๋ยอินทรีย์ในการปรับปรุงดิน โดยทั่วไปคือการปรับปรุงสมบัติต่าง ๆ ของดินให้เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืช สมบัติทางภายภาพของดิน ปุ๋ยอินทรีย์ส่งเสริมให้อนุภาคของดินจับตัวเป็นก้อนทำให้ดินมีโครงสร้างที่ดี และร่วนมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีการระบายน้ำดี ความสามารถในการอุ้มน้ำเพิ่มขึ้น สมบัติทางเคมีของดินสามารถเพิ่มปริมาณธาตุอาหารพืชในดิน เพิ่มความสามารถในการดูดซับธาตุอาหารพืชได้สูง เพิ่มความต้านทานการเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดต่างของดินและช่วยลดความเป็นพิษของธาตุอาหารบางชนิด สมบัติทางชีวภาพของดิน ปุ๋ยอินทรีย์สามารถเพิ่มแหล่งธาตุอาหารของจุลินทรีย์ดินและช่วยยับยั้งการเจริญและการเกิดโรคพืชของเชื้อโรคบางชนิดได้[3]

ปุ๋ยอินทรีย์เป็นปุ๋ยที่ได้จากการนำวัสดุอินทรีย์เหลือใช้ต่าง ๆ รวมถึงมูลสัตว์นำมาหมักรวมกัน แล้วปรับสภาพให้ให้เกิดการย่อยสลายโดยกิจกรรมของจุลินทรีย์ จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ได้สารอินทรียวัตถุที่มีลักษณะสีคล้ำ ดำ โดยในการผลิตปุ๋ยหมัก การย่อยสลายปุ๋ยหมักเกิดจากกระบวนการย่อยสลายที่สำคัญ 3 ระยะ โดยในระยะแรกเป็นการย่อยสลายสารอินทรีย์ที่มีขนาดใหญ่ให้มีขนาดเล็กจากลุ่มของแมลงหรือสิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ ระยะที่สองเป็นการย่อยสลายสารอินทรีย์ขนาดเล็กจากลุ่มจุลินทรีย์ในดิน ได้แก่ แบคทีเรีย เชื้อราและยีสต์ และระยะสุดท้าย เป็นระยะที่เมื่อกองปุ๋ยมีความร้อนเกิดขึ้นและจุลินทรีย์ในกลุ่มเทอร์โมฟิลิคจะเข้ามาย่อยสลายต่อจนเกิดเสถียรภาพกลายเป็นปุ๋ยหมักโดยสมบูรณ์[4] ปุ๋ยหมักเป็นวัสดุที่มีสมบัติในการปรับปรุงของดินให้เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืช การใส่ปุ๋ยหมักในพื้นที่ทางการเกษตรส่วนใหญ่จะช่วยในเรื่องปรับปรุงคุณสมบัติทางกายภาพของดินโดยเฉพาะดินที่ไม่ค่อยมีโครงสร้าง และดินที่มีสารอินทรีย์ต่ำ[5] ถ้าเป็นดินเนื้อละเอียด อัดตัวกันแน่น ปุ๋ยหมักจะช่วยให้ดินมีสภาพร่วนซุยมากขึ้น ทำให้การระบายน้ำและอากาศเกิดขึ้นได้ดีขึ้น สำหรับดินเนื้อหยาบที่ส่วนใหญ่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ การใส่ปุ๋ยหมักก็จะช่วยเพิ่มความอุดมสมบูรณ์ของดิน ทำให้ดินสามารถดูดซับน้ำได้มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถช่วยปรับปรุงดินในแง่อื่นๆ เช่น ช่วยลดการจับตัวเป็นแผ่นของแข็งหน้าดิน ทำให้การงอกของเมล็ดและการซึมของน้ำไหลลงไปในดินสะดวกขึ้น ช่วยในการบำรุงพืชให้เจริญเติบโตอุดมสมบูรณ์ และยังช่วยอนุรักษ์ดินและสิ่งแวดล้อม

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรในจังหวัดปทุมธานี พบปัญหาการทิ้งกากยาสมุนไพรให้รถขยะของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลนำไปกำจัดทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นๆ หากมีการนำกากยาสมุนไพรมาใช้ให้เกิดประโยชน์โดยการนำมาหมักปุ๋ย ก็จะช่วยลดปริมาณขยะและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและจะได้ปุ๋ยอินทรีย์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันแมลงจากสารสำคัญในสมุนไพรที่มีกลิ่นและรสช่วยไล่แมลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ซึ่งสอดคล้องกับหลักเศรษฐกิจหมุนเวียน (BCG Model) เพื่อหาแนวทางวิธีการที่จะเพิ่มมูลค่า สร้างรายได้สู่ชุมชน จึงได้ศึกษาวิธีการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์
2. เพื่อทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อหาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และเพื่อทดสอบหาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพร ประกอบไปด้วย

1. ขั้นตอนการเตรียมวัตถุดิบ

1.1 สูตรปุ๋ยที่ทดลอง สูตร 1

อัตราส่วน 3 : 3 : 2 : 2 : 1 : 1

กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 (ประยุกต์จากสูตรปุ๋ยแม่โจ้)

ตารางที่ 1 อัตราส่วนผสมของวัสดุในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์

สูตรปุ๋ย	กากสมุนไพร (กิโลกรัม)	ก้อนเห็นนางฟ้าเหลือทิ้ง (กิโลกรัม)	มูลวัว (กิโลกรัม)	รำข้าว (กิโลกรัม)	น้ำหมักชีวภาพ (กิโลกรัม)	สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 (ซอง)
ประยุกต์จากสูตรปุ๋ยแม่โจ้	3	3	2	2	1	1

หมายเหตุ: อัตราส่วนสำหรับผลิตปุ๋ยอินทรีย์ 10 กิโลกรัม

1.2 วัสดุที่ใช้ทำปุ๋ยอินทรีย์

รูปที่ 1 กากยาสมุนไพร

รูปที่ 2 ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง

รูปที่ 3 มูลวัว

รูปที่ 4 รำข้าว

รูปที่ 5 น้ำหมักชีวภาพ และสารเร่งซุปเปอร์ พด.1

2. ขั้นผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

2.1 วิธีการหมักปุ๋ย หมักใส่ตะกร้า และกล่อง

1) จัดหาพื้นที่โล่งระบายอากาศได้ดี

2) ชั่งตวงวัสดุตามอัตราส่วนที่ศึกษา ได้แก่ กากยาสมุนไพร วัสดุจากก้อนเชื้อเห็ดเก่า มูลวัว รำข้าว น้ำหมักชีวภาพ สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 แล้วนำมาเทใส่กะละมัง คลุกเคล้าผสมกันให้ทั่ว

3) หมักปุ๋ยที่ผสมวัตถุดิบทั้งหมดแล้วนำมาหมักใส่ตะกร้าและกล่อง แล้วรดน้ำให้ชุ่ม และปิดฝาตะกร้าและกล่องให้มิดชิดเพื่อป้องกันแมลงมาไข่ โดยทำการทดลอง 3 ซ้ำ

4) รอเวลา ประมาณ 40 วัน จุลินทรีย์จะย่อยสลายวัสดุให้เป็นปุ๋ยหมัก

5) ตรวจสอบความชื้น โดยทำการตรวจสอบความชื้นเป็นระยะทุก 7วัน หากแห้งเกินไปให้รดน้ำ

6) เมื่อครบกำหนดแล้วนำปุ๋ยออกมาผึ่งให้แห้ง และทำการเก็บตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างจากปุ๋ยหมักทั้ง 3 ซ้ำ แล้วนำมาคลุกเคล้าให้เข้ากัน บรรจุตัวอย่างปุ๋ยใส่ในถุงพลาสติค ปริมาณ 1 กิโลกรัม เพื่อนำไปวิเคราะห์คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ตามมาตรฐานกรมพัฒนาที่ดิน

3. การทดสอบหาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์

3.1 กระบวนการวิจัย

กระบวนการวิจัยในการผลิตปุ๋ยจากขยะอินทรีย์ แบ่งออกเป็นหลายขั้นตอน ได้แก่

1) การเก็บและการคัดแยกขยะอินทรีย์ คัดแยกเฉพาะขยะอินทรีย์จากขยะทั่วไป เน้นกากยาสมุนไพร ก้อนเชื้อเห็ดเก่า และวัสดุที่สามารถย่อยสลายได้

2) กระบวนการหมัก (Composting) ขยะอินทรีย์ที่ได้จะถูกนำมาหมักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้จุลินทรีย์ทำหน้าที่ย่อยสลายวัตถุอินทรีย์ให้กลายเป็นฮิวมัส กระบวนการหมักต้องควบคุมความชื้น อุณหภูมิ และการระบายอากาศเพื่อเร่งการย่อยสลาย

3) การใช้จุลินทรีย์เร่งการหมัก มีการใช้จุลินทรีย์หลากหลายสายพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น แบคทีเรียและเชื้อราที่สามารถช่วยเร่งการย่อยสลาย โดยใช้น้ำหมักชีวภาพ และสารเร่งซุปเปอร์พด.1 ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่ช่วยในการย่อยสลายอินทรียวัตถุ

4) การตรวจสอบคุณภาพ เมื่อกระบวนการหมักเสร็จสิ้น ปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จะต้องผ่านการตรวจสอบธาตุอาหารหลัก เช่น ไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และโพแทสเซียม รวมถึงสารอินทรีย์อื่นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าเหมาะสมสำหรับการใช้งานทางการเกษตร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ธาตุอาหารจากปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จากการหมักกากยาสมุนไพรและวัสดุอื่น

4.1 ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH; 1:2)

4.2 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า (เดซิซีเมนส์ต่อเมตร) (EC 1:10; dS/m)

4.3 ปริมาณอินทรียวัตถุ (เปอร์เซ็นต์) (Organic matter; %)

4.4 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/ N ratio)

4.5 ไนโตรเจนทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total N; %)

4.6 ฟอสฟอรัสทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total P as PzOs; %)

4.7 โพแทชทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total KzO; %)

5. วิธีการวิเคราะห์คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ โดยการเก็บตัวอย่างปุ๋ยอินทรีย์ส่งวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการเคมีและความอุดมสมบูรณ์ของดิน ภาควิชาปฐพีวิทยา คณะเกษตร กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร เป็นการประยุกต์ใช้สูตรปุ๋ยแม่โจ้ โดยได้อัตราส่วนผสม 3 : 3 : 2 : 2 : 1 : 1 (กิโลกรัม

: กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : ซอง) กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด. 1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

คุณสมบัติทางเคมีและทางกายภาพ		ค่า
ค่าความเป็นกรด-ด่าง	(pH; 1:2)	8.92
ค่าสภาพการนำไฟฟ้า (เดซิซีเมนส์ต่อเมตร)	(EC 1:10; dS/m)	1.08
ปริมาณอินทรียวัตถุ (เปอร์เซ็นต์)	(Organic matter; %)	38.47
อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน	(C/N ratio)	16:1
ไนโตรเจนทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total N; %)	1.42
ฟอสฟอรัสทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total P as PzOs; %)	1.54
โพแทชทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total KzO; %)	0.74

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ค่าไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ค่าฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และค่าโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ

รูปที่ 6 ปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จากการหมัก ในระยะเวลา 40 วัน

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลการศึกษา พบว่า อัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร เป็นการประยุกต์ใช้สูตรปุ๋ยแม่โจ้ โดยได้อัตราส่วนผสม 3 : 3 : 2 :2 : 1 : 1 (กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กรัม) ประกอบด้วย กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด. 1 ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะมีการดำเนินการทดลองตามอัตราส่วนที่มีการวิจัยและผ่านการตรวจวิเคราะห์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ของกรมวิชาการเกษตรและกรมพัฒนาที่ดิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัสมี ดาแม[6] ได้ศึกษาผลของปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อการเจริญเติบโตของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตปุ๋ยอินทรีย์จำนวน 8 สูตร ซึ่งประกอบด้วยก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งผสมมูลวัว มูลแพะ และกากน้ำตาล (อัตราส่วน 3:1:1) หมักด้วยสารเร่งซุปเปอร์ พด.1 และหัวเชื้อ EM ในอัตราส่วนที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งศึกษา ประสิทธิภาพของปุ๋ยอินทรีย์ในการส่งเสริมการเจริญของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้อรา *T. harzianum* หลังจากการทดลองปลูกผักบุ้งเป็นเวลา 28 วัน พบว่า ปุ๋ยอินทรีย์สูตรที่ 7 ที่ผสมก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง มูลวัว มูลแพะ กากน้ำตาล และน้ำปุ๋ยชีวภาพในอัตราส่วน 3:1:1:4 ส่งเสริมการเจริญของผักบุ้งดีที่สุด โดยมีจำนวนใบ 10 ใบ ความยาวใบ 14.2 เซนติเมตร ความสูงของต้น 31.8 เซนติเมตร ปริมาณแบคทีเรียทั้งอยู่ในช่วง 4.5×10^{7} ถึง 8.8×10^{7} CFU ต่อมิลลิลิตร และปริมาณเชื้อ*T. harzianum* อยู่ในช่วง 1×10^{5} ถึง $1.2.\times10^{7}$ CFU ต่อมิลลิลิตร ค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วงที่เหมาะสมคือ 6.12-6.86 จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า ปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดเหลือทิ้ง มีประสิทธิภาพในการพัฒนาเป็นปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการค้าต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของวารีรัตน์ แสนมาโนช[7] ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพของปุ๋ยหมักก้อนเชื้อเห็ดเก่าด้วยแอคติโนมัยสีทต่อการเจริญและการเกิดโรคของต้นหอมที่เกิดจากเชื้อรา การปรับปรุงคุณภาพของก้อนเชื้อเห็ดเก่าจากการเพาะเห็ดนางฟ้า (*Pleurotus pulmonarius*) โดยนำก้อนเชื้อ เห็ดเก่ามาผ่านกระบวนการหมักแบบกองปุ๋ยร่วมกับเชื้อแอคติโนมัยสีท จำนวน 2 ไอโซเลท ที่แยกจากดินรอบรากต้นหอม ในแปลงปลูกแบบอินทรีย์ พบว่า มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อรา *Sclerotium rolfsii* และ *Fusaruim oxysporum* สาเหตุโรคพืชในดิน ร้อยละ 63 และ 80 ตามลำดับ หลังเสร็จสิ้นกระบวนการหมัก 45 วัน ปุ๋ยหมักจากก้อนเชื้อเห็ดเก่าที่ได้ มีลักษณะทางกายภาพและมีปริมาณธาตุอาหารที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของต้นหอม ปุ๋ยหมักมีสีน้ำตาลดำ ร่วนซุย ค่าความเป็นกรด – ด่าง เท่ากับ 8.0 ค่าคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/N ratio) เท่ากับ 16.5 ปริมาณไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และโพแทสเซียม เท่ากับ 0.52, 0.19 และ 0.54 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ส่งผลที่ดีต่อการเจริญและการป้องกัน กำจัดเชื้อราก่อโรคพืชของต้นหอมได้มากกว่าการใช้ก้อนเชื้อเห็ดเก่าที่ไม่ผ่านการหมักและไม่เติมแอคติโนมัยสีท ในสภาพ โรงเรือนทดลอง

2.ผลการศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสูตรปุ๋ยที่ได้ทำการทดลองใช้วัสดุที่เหลือทิ้งทางการเกษตรหมักผสมกับมูลวัว รำข้าว และจุลินทรีย์ในน้ำหมักชีวภาพและสารเร่งซุปเปอร์ พด.1 ทำให้มีธาตุอาหารหลัก ปริมาณอินทรีย์วัตถุ และค่าสภาพการนำไฟฟ้าผ่านเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรี รวยรื่น และคณะ[8] ได้ศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการผลิตและศึกษา

คุณสมบัติของปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งในสวนวนเกษตร โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในภาคสนามแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์บ้านเขาเทพพิทักษ์ อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยหมักและวัตถุดิบที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยหมักสาหรับใช้ในการปลูกทุเรียนพื้นบ้านคลองแสง เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแบบ ผสมผสานประกอบด้วย การสำรวจ ทดลอง การสอบถาม สัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ทั่วไป บริบทชุมชน โดยทดลองหมักปุ๋ยแบบไม่พลิกกลับกองในพื้นที่จากส่วนผสมของวัตถุดิบที่แตกต่างกัน 2 สูตร ในระยะเวลา 45 วัน และ 60 วัน ผลการศึกษา พบว่าปุ๋ยหมักสูตรที่ 1 (เศษวัชพืชและใบไม้:มูลสัตว์ ในอัตราส่วน 3:1) ที่ระยะการหมัก 60 วัน สามารถให้ปุ๋ยหมักที่มีคุณภาพดีที่สุดโดยมีธาตุอาหารหลัก คือ ปริมาณไนโตรเจน ฟอสฟอรัส โพแทสเซียม ค่าความชื้น ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 2.88, 2.52, 1.85, 26.55 และ 36.85 ตามลำดับ ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) เท่ากับ 6.75 และอัตราส่วนระหว่างคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/N ratio) เท่ากับ 11:1 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ของกรมวิชาการเกษตร และมีดัชนีการงอก (Germination index; GI) ที่ความเข้มข้นของปุ๋ยอินทรีย์อัตราส่วน 1:10 เท่ากับร้อยละ 149.71 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ที่ระบุไว้ว่าต้องมีค่าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ดังนั้นปุ๋ยหมักที่ใช้วัตถุดิบเป็นเศษใบไม้และวัชพืชจากสวนวนเกษตรมีความเหมาะสมสาหรับนำไปใช้เป็นวัสดุปรับปรุงดินในการเพาะปลูก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีอุบล ทองประดิษฐ์[9] ได้ศึกษา ผลของสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อธาตุอาหาร งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งที่มีธาตุอาหาร (N, P, K) มากที่สุดหลังการหมัก และสูตรใช้ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งปริมาณมากที่สุดจากสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งจำนวน 5 สูตร โดยใช้ปริมาณก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งจำนวน 5 ระดับ คือ ร้อยละ 50, 60, 70, 80 และ 90 ผสมกับส่วนผสมระหว่างมูลไก่และมูลวัวจำนวน 5 ระดับ คือ ร้อยละ 50, 40, 30, 20 และ 10 ผลการวิจัยพบว่า สูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งที่มีธาตุอาหารมากที่สุดหลังการหมัก และสูตรที่ใช้ก้อนเชื้อเห็ดเหลือทิ้งปริมาณมากที่สุด คือ สูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งสูตรที่ 2 ซึ่งมีธาตุอาหาร N, P และ K เท่ากับร้อยละ 2.28, 2.63 และ 3.82 ตามลำดับ และใช้ก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งร้อยละ 60 โดยจัดอยู่ในเกณฑ์ปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงที่ดีที่กรมพัฒนาที่ดินได้กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 เกษตรกรสามารถนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร โดยนำอัตราส่วนที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ในการทำปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร โรงงานผลิตยาสมุนไพร จากตลาดสด หรือจากโรงงานอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่มีวัสดุที่เหมาะสมในการทำปุ๋ยหมัก เช่น ขี้เลื่อย เค้กอ้อย กากถั่วเหลือง ชานอ้อย กากกาแฟ เป็นต้น

1.2 ผู้ประกอบการ หรือ วิสาหกิจชุมชน อาจนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ไปผลิตปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการค้า และสามารถปรับสูตรได้ตามวัสดุเหลือทิ้งและวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นโดยนำวิธีการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยคุณภาพสูง และนำปุ๋ยไปส่งตรวจวิเคราะห์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ให้ผ่านเกณฑ์และทำบรรจุภัณฑ์จำหน่าย สร้างเศรษฐกิจหมุนเวียน และเป็นการลดขยะโดใช้วิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม

1.3 หน่วยงานทางด้านเกษตรทุกภาคส่วนควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกษตรกรใช้ปุ๋ยอินทรีย์ เพื่ออนุรักษ์ดิน และแนะนำให้ทำปุ๋ยหมักโดยสามรถนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพร

และวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรไปเผยแพร่และปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรต่อการเจริญเติบโตของพืชผักสวนครัว โดยวางแผนการทดลองตามระเบียบวิธีวิจัยทางการเกษตร เพื่อเป็นการยืนยันคุณภาพของปุ๋ยที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลเชิงประจักษ์

2.2 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรและวัสดุเหลือทิ้งจากโรงงานประเภทต่างๆที่เป็นอินทรียวัตถุ เพื่อลดขยะต่อสิ่งแวดล้อมและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยทำการทดลองหาอัตราส่วนที่เหมาะสมและวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพปุ๋ยตามสูตรที่มีอัตราส่วนต่างกันโดยเน้นปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ฉัตรชัย อินต๊ะทา. (2567). รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม. สำนักงานนโยบายแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย

2. พัชราภรณ์ ภู่ไพบูลย์. ศิริวัลย์ สร้อยกลุ่ม. วาสนา บัวงาม. (2552). การวิเคราะห์การสะสมไนเตรทในผักสด. รายงานการวิจัยสาขาพืช. การประชุมทางวิชาการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 47. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ..

3. บัญชา ชิณศรี. (2522). การสำรวจและประเมินความเสียหายจากโรครากปมของมันสำปะหลัง.
KU สร้างสรรค์งานวิจัยและพัฒนามันสำปะหลังและผลิตภัณฑ์ต่อเนื่อง. คณะเกษตร
ภาควิชาโรคพืช. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ [ม.ป.ป.].

4. ฐนียา รักษีสุริยะชัย และ กุลยา สาริชิวิน. (2561). การศึกษาการหมักปุ๋ยจากเศษอินทรียวัตถุด้วยการเติมอากาศร่วมกับการใช้ครูดเอมไซม์. วารสารวิศวกรรมศาสตร์ ราชมงคลธัญบุรี.16(2), 1-12.

5. Kranz, C.N., Mclaughlin, R.A., Johnson, A., Miller, G., & Heitman. J.L. (2020). The effects of compost incorporation on soil physical properties in Urban soils – a concise review. Journal of Environmental Management, 261 110209.

6. กัสมี ดาแม. (2566). ผลของปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อการเจริญเติบโตของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้อ. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร. บทความวิจัย.

7. วารีรัตน์ แสนมาโนช. (2564). การเพิ่มประสิทธิภาพของปุ๋ยหมักก้อนเชื้อเห็ดเก่าด้วยแอคติโนมัยสีทต่อการเจริญและการเกิดโรคของต้นหอมที่เกิดจากเชื้อรา.จุลชีววิทยา
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.วารสารเกษตรพระวรุณ.

8. วัชรี รวยรื่น. นรานันท์ ขำมณี. พงษ์ศักดิ์ นพรัตน์. (2565). การผลิตและศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งในสวนวนเกษตร.วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสังคม. 2022-09-18.

9. ศรีอุบล ทองประดิษฐ์. (2564). ผลของสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อธาตุอาหาร.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย 12(1) : 61-71 (2563).

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษา 2 ราย

The nursing care of patient with Diabetes Mellitus and End Stage of Renal Disease at Nonsila Hospital: 2 cases studies.

(Received: February 12,2025 ; Revised: March 10,2025 ; Accepted: March 14,2025)

อมรรัตน์ จินารักษ์[1]
Amornrat Jinarak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโดยคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนศิลา เพื่อที่จะเปรียบเทียบ อาการ, การรักษา, ภาวะแทรกซ้อนของโรค และแนวทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา :ผู้ป่วยทั้ง 2รายมีอาการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยรายที่1 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม น้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากการควบคุมอาหารไม่เหมาะสม ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังมีภาวะซีด แพทย์ให้รับประทานยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด เหนื่อยวิงเวียนน้อยลง ผู้ป่วยรายที่ 2 โรคเบาหวานรักษาแบบควบคุมอาหารและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ปวดจุกท้องลดลง ไม่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง เหนื่อยลดลง หายใจปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาล,โรคเบาหวาน,ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This study is a case study aimed at examining the nursing care of patients by selecting two patients with end-stage chronic kidney disease who received services at the Chronic Non-Communicable Disease Clinic of Non Sila Hospital. The purpose is to compare the symptoms, treatments, complications of the disease, and nursing approaches in diabetic patients undergoing hemodialysis with those receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Data was collected from medical records, interviews with patients and relatives, along with observations. Nursing diagnoses were established, and nursing care plans were developed, implemented, and evaluated for outcomes. The study utilized Gordon's functional health patterns as a framework for analysis and conducted a content analysis of the data.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา

Results: Both patients are suffering from complications related to diabetes and end-stage chronic kidney disease. Patient 1 has complications from end-stage chronic kidney disease and is being treated with dialysis using a dialysis machine. Their blood sugar levels are high due to inappropriate dietary control, but they are becoming more self-sufficient. They still experience anemia, and the doctor has prescribed medication to increase blood concentration. Fatigue and dizziness have decreased. Patient 2 has diabetes and is being treated with dietary control, as well as continuous ambulatory peritoneal dialysis. Abdominal pain has decreased, there are no signs of infection in the abdominal cavity, and fatigue has lessened, with normal breathing.

Keyword : Nursing Care, Diabetes, end-stage chronic kidney disease.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นภาวะที่ไตถูกทำลายหรือมีอัตราการกรองของไตลดลงติดต่อกันนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปโรคจะดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต (GFR)ระยะที่ 1 ค่าคัดการกรองของไต (GFR)>90 ระยะที่ 2 เป็นระยะเริ่มประเมินและชะลอการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง ค่า GFR 60-90 ระยะที่ 3ไตต้องเพิ่มการดูแลเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของไต ค่า GFR 3a 45-59 อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง ถ้าเข้าสู่ 3b ค่า GFR 30-44 อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ควรเริ่มมีการวางแผนบำบัดไตเนื่องจากไตเข้าภาวะทำงานน้อยลง ค่า GFR <30 และไตระยะสุดท้าย เริ่มบำบัดทดแทนไต ภาวะสุขภาพไตเข้าสู่วิกฤต ค่า GFR <15[1]

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ตรวจการท างานของไต โดยใช้ Glomerular filtration rate (GFR) พบน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถขับน้ำและของเสียออกได้ ทำให้เกิดภาวะของเสียคั่งรุนแรงและมีภาวะน้ำเกินตามมา ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน และความทุกข์ทรมาน เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำเกิน ตัวบวมหายใจลำบาก ขาดสมดุลของอิเลคโทรลัยท์ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ซึม สับสน ชักและหมดสติ เป็นต้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต[2]

ประเทศไทยพบจำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โรคไตในระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีคนผู้ป่วยมากที่สุดใน 5 ระยะ จากข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแผนพัฒนาระบบริหาร (service plan) โดยกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกโรคไต (CKDclinic) คือ 1) การป้องกัน 2) การตรวจคัดกรอง 3) การชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต และ 4) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต และสำนักระบาดวิทยา รายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตถึง ร้อยละ 33.63 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตถึงร้อยละ 40.36 หากผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการรักษาที่เรียกว่า การบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งต้นทุนการรักษาโรคไตเรื้อรังโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis-HD) ของหน่วยไตเทียม มีต้นทุนรวม

(TDC) ต่อครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งราย 2,394.85บาท หรือประมาณ 200,000บาท ต่อคน/ต่อปี (ศศิธร ดวนพล และคณะ, 2563) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต จำนวน 40,000 คน แบ่งเป็น การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 30,000คน ล้างไตทางหน้าท้อง 7,000คน และผ่าตัดปลูกถ่ายไต 3,000คน ซึ่งค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงประมาณ 300,000- 350,000 บาทต่อคนต่อปี[1]

ข้อมูลจังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังระยะ-3-5 ในปี 2565 – 2567 จำนวน 19,801 21,387 และ 22,800ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลโนนศิลา เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ-3-5 ในปี 2565 ถึง 2567 จำนวน 275, 362 และ 277 ตามลำดับ โดยในปี 2567 พบไตเรื้องรังระยะ 5 จำนวน 36 ราย จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง[3] ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การรักษาพยาบาลที่ทันท่วงที การให้คำนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลงสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ทั้งในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการรักษาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในการให้การพยาบาลระหว่างการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ศึกษาใน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	60	66
สถานภาพสมรส	หม้าย	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	จบมัธยมศึกษาปลาย	จบประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ/รายได้	ช่างเสริมสวย	เกษตรกรรม
สิทธิการรักษา	เบิกจ่ายตรง	สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	1 เมษายน 2567	28 พฤษภาคม 2567
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตรวจติดตามอาการตามนัด เวียนศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ไม่บวม ปัสสาวะออกเล็กน้อย	มาตรวจติดตามอาการตามนัด เหนื่อยหายใจไม่หอบ เวียนศีรษะเล็กน้อย ปวดท้องเล็กน้อย ไม่บวม ปัสสาวะออกน้อย น้ำฟอกไตขุ่น
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 เมษายน 2567 มาตรวจติดตามอาการตามนัด เวียนศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ไม่บวม ปัสสาวะออกเล็กน้อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมออัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/75 mmHg ค่า BMI 29.67	23 มีนาคม 2567 มาตรวจติดตามอาการตามนัด เหนื่อยหายใจไม่หอบ เวียนศีรษะเล็กน้อย ปวดท้องเล็กน้อย ไม่บวม ปัสสาวะออกน้อย อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 98 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO2 97 % RA ความดันโลหิต 164/64 mmHg ค่า BMI 22.68
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ	case DM type 2 ,HT ,old CVA CKD stage5, แขนซ้ายผ่าตัดทำเส้นฟอกไต AVF (Vascular Access)	case DM type 2, HT, old CVA, CKD Stage 5on CAPD ได้ 1 ปี ครั้งละ 2000 มล. วันละ 4 รอบ ได้รับการผ่าตัดบริเวณหน้าท้องวางสาย Tenckhoff catheterผ่าตัดตาต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอดไม่มีโรคประจำตัว บิดาป่วยเป็นเบาหวานเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ	มารดาป่วยเป็นเบาหวาน ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	**CBC** Hb 10.3 g/dL Hct 34 % Plt 298,000 cell/cu.mm WBC 6,340 cell/cu.mm Neu 58% Lymp 32 % **Lipid profile** Chol 248 mg/dL TG 464 mg/dL HDL 38mg/dL LDL 117 mg/dL FBS 501 mg/dL RI 10 U iv HbA1C 10.1 % BUN 38 mg/dL Cr 4.35 mg/dL eGFR 10.45 mL/min **Electrolyte** Na 137 mmol/l K 4.1 mmol/l Cl 93 mmol/l	CBC Hb 6.6 g/dL Hct 21 % Plt 268,000 cell/cu.mm WBC 5,830 cell/cu.mm Neu 84 % Lymp 10 % **Lipid profile** Chol 214 mg/dL TG 80 mg/dL HDL 60 mg/dL LDL 138 mg/dL FBS 88 mg/dL HbA1C 10.1 % BUN 120 mg/dL Cr 13.13 mg/dL eGFR 3.47 mL/min **Electrolyte** Na 143 mmol/l K 3.4 mmol/l Cl 93 mmol/l

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	HCO3 26 mmol/l Phosphorus 3.6 mg/dL	HCO3 27 mmol/l **Body Fluid Examination** Cell count wbc : To low too d Cystal : Negative
การวินิจฉัยของแพทย์	Diabetes Mellitus Type 2 with Hyperglycemia, End- Stage Renal Disease on Hemodialysis, Hypertension, Dyslipidemia	Diabetes Mellitus Type 2 (Diet control), End-Stage Renal Disease on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, ,Hypertension, Dyslipidemia
การรักษาของแพทย์	RI 10 u iv ก่อนกลับบ้าน NPH 8 u sc ก่อนอาหาร เช้า NPH 8 u sc ก่อนอาหาร เย็น Folic acid, Vit.B complex, Simvastatin(20),Clopidogrel, Lorazepam(0.5),Furoseminde Calaium carbonate	Ferrous Fumarate 200 mg Furoseminde 500 mg Omeprazole, Calaium carbonate Folic acid, Aspirin 80 mg Sodium Bicarbonate,Hydralazine Simvastatin(20), Manidipine 20 mg ISDN 10 mg, Doxazosin 2 mg

ตารางที่ 2 ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากวิงเวียนศีรษะ เหนื่อย อ่อนเพลีย กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	1.ประเมินอาการหายใจ หอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2.จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา 3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O2 Canular 5 lit/min Monitor O2 saturation 4.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
2.ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ กรณีศึกษารายที่ 2	1. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถ Emergencyให้ใกล้และพร้อมใช้ 2. คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที 3. จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแลโดย ประเมินด้วยสายตาบ่อยๆทุก5-10 นาทีประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก15-30 นาที 4. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันทีได้แก่ เหนื่อยหอบ ปวดจุกท้องมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น 5.. ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จ าเป็นและเร่งด่วนก่อนพบแพทย์
3.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพแรกรับ ร่วมกับประเมินลักษณะทางกายภาพภายนอก 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนเปลนอน ยกปลายเท้าสูงกว่าระดับหัวใจ 3. ขณะรอตรวจ เฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินอาการผู้ป่วย และให้การพยาบาลเบื้องต้น 4.ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ตารางที่ 2 ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะขณะตรวจ 1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน กรณีศึกษารายที่ 1	1.แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันรับประทานอาหารเป็นเวลา งดดื่มน้ำ หวาน สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 2.แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา 3.ติดตามระดับน้ำาตาลในเลือด 4.แนะน าการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 5..และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด
2.มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	1. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกาย หรือ ยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง เบื่ออาหาร อาเจียน นอนไม่หลับ ชักหมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของของ เสียคั่งในร่างกาย และให้การรักษาที่เหมาะสม 2. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน ป้องการภาวะบวมน้ำจากการที่ไตกรองได้ลดลง 3. ดูแลให้ป่วยได้รับยาตาม แผนการรักษาเพื่อลดน้ำเกินในร่างกาย 4. สอนการบันทึกน้ำเข้า-ออกร่างกาย ทุก 8ชั่วโมง 5. ชั่งน้ำหนังทุกวัน Body weight 6. ดูแลให้ได้รับอาหาร Low salt Diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลด อาการบวม และของเสียคั่งตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทางานของไตเพื่อหา แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป
ระยะหลังตรวจรักษา 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องเนื่องจาก มีแผลหน้าท้องจากการล้างไตทางหน้าท้อง กรณีศึกษารายที่ 2	1. แนะนำวิธีการล้างแผลที่หน้าท้องด้วยเทคนิคการปลอดเชื้อ 2. ไม่ให้แผลเปียกชื้น 3 การต่อน้ำยาล้างไต ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 4. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น 5. ประเมินภาวะติดเชื้อได้แก่ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณหน้าท้อง 6. วัดสัญญาณชีพ 7. แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ 8. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพองดกิจกรรมที่ใช้แรงมาก
2.วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และกังวลเรื่องการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม กรณีศึกษารายที่ 1	1.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2.การเตรียมเงินในการใช้จ่ายเวลาเดินทางมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3.การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน การติดเชื้อเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4.ให้ความสำคัญในการมาฟอกเลือดตามนัด 5.แนะนำแหล่งให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยกรณีมีอาการผิดปกติหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น โทร1669

สรุปและอภิปรายผล

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ GORDON พบปัญหาและระบุ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้นำไปสู่การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ ได้อย่างครอบคลุม ระยะก่อนตรวจการดูแลลดความไม่สุขสบาย และลดภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก นอกจากนั้นต้องดูแลให้การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจการดูแลไม่ให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขณะรอตรวจการดูแลให้การ

พยาบาลขณะตรวจ ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการรับการรักษาแบบล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางการรักษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหลายอย่าง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตเกิดความไม่สุขสบายวิตกกังวล ซึ่งถ้ามีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ระยะหลังตรวจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง และเพื่อให้การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ต้องส่งเสริมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จาเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรังให้ได้ซึ่งให้คำแนะนำครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองใน3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา,การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การฟอกเลือด การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเส้นฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมบทบาทตนเองให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3)การจัดการกับอารมณ์(emotional)[3,4]

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเหมือนกันต่างกันที่การรักษา กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เครื่องดึงเลือดออกจากร่างกาย ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง มีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต้องจำกัดอาหาร น้ำอย่างมาก เพื่อไม่ให้ของเสียหรือปริมาณน้ำสะสมเร็ว ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปฟอกไต กรณีศึกษารายที่ 2 ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการล้างแบบต่อเนื่องทำให้ควบคุมของเสียของเหลวส่วนเกินได้ง่ายขึ้น มีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่า ต้องล้างไตวันละ 4-5 รอบ มีการถอดสายต่อสายหลายขั้นตอน สายตามองไม่ชัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง การจำกัดอาหาร การใช้ยาและอาหารเสริม ของเสียสะสมได้น้อยกว่าการฟอกเลือด อุปกรณ์การล้างไตพกพาสะดวก สามารถล้างไตได้ที่บ้านหรือที่ทำงานได้ จากการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหา มีความซับซ้อนในการดูแล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการรักษา จำเป็นต้องประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวัง การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีระบบและมีแบบแผนที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี[5,6]

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และต้องวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565)**คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต** กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ. (2560). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
3. กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลโนนศิลา.(2567**).สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.**งานการพยาบาลนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโนนศิลา.
4. ชัชวาล วงศ์สารี และอรนันท์ หาญยุทธ. (2557). **การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.**วารสารพยาบาลตำรวจ, 2(6), 220-233.
5. ลัดดาวัลย์ หมื่นแก้ว. (2562). **การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2), พฤษภาคม-สิงหาคม.
6. วรเชษฐ์ มงคลสิทธิกุล. (2561). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(2), พฤษภาคม -.สิงหาคม.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

Factors Associated with Health-Promoting Behaviors of Nursing Students of a University

(Received: February 3,2025 ; Revised: March 10,2025 ; Accepted: March 14,2025)

เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์[1] อัญชุกร เจริญศิริ[2] กัลยา มั่นล้วน[3] พันธิพา จารนัย[4]

Penpis Nugoonsawat[1] Anchukorn Charoensiri[2] Kanlaya Munluan[3] Panthipa Jaranai[4]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่านิยม ทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษายังบ่งชี้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีเพศ อายุ รายรับต่อเดือน และระดับการศึกษาของมารดาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อันได้แก่ ค่านิยม ทัศนคติ การรับรู้ ความสามารถแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This study was survey research aimed at examining the relationship between knowledge-perception factors and health-promoting behaviors among nursing students. The sample consisted of 123 participants, and data were analyzed using statistical software. Descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were used, along with t-tests, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. The results showed that nursing students had a moderate level of overall health-promoting behaviors. Their values and attitudes toward the perceived benefits of health promotion were at a good level, while their perceived self-efficacy and perceived barriers to health promotion were at a moderate level. The study also indicated that gender, age, monthly income, and maternal education level significantly influenced health-promoting behaviors at a significance level of .05. Additionally, knowledge-perception factors—including values, attitudes, perceived self-efficacy, and perceived benefits—had a positive correlation with health-promoting behaviors among nursing students at a significance level of .05. In contrast, perceived barriers to health promotion had a negative correlation with health-promoting behaviors.

Keyword : Factors, Health-promoting behavior, Nursing student

---

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding Author, Anchukorn Charoensiri E-mail address: anchukorn56@gmail.com

[3] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

[4] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทนำ

สุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีความสุข ปราศจากความเครียดหรือแรงกดดันใดๆ สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา แต่อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง บุคคลจึงต้องพยายามหาวิธีการที่จะปกป้องสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะต้องพยายามดูแลรักษาเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาวะตลอดชีวิต ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีจะทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ[1]

นักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในอนาคต ลักษณะการเรียนการสอนในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์เน้นการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำไปเผยแพร่ สอน ให้การดูแล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ[2] นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังเป็นเยาวชนที่สังคมไทยคาดหวังว่าจะเป็นแบบแผนด้านสุขภาพที่ดีให้กับเยาวชนไทย เนื่องจากเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาแล้วจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และสิ่งสำคัญต้องเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีของสังคม ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษาจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะสังคม การใช้ชีวิต ความเป็นอยู่ในสถานศึกษา และปัจจัยพื้นฐานเดิมส่วนบุคคล ดังนั้น การออกกำลังกายจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เนื่องจาก การออกกำลังกายทำให้บุคลิกภาพที่มั่นคงสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดความเครียดจะปรับตัวได้เร็ว และดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้มีการศึกษาของ ธนพร แย้มศรี[3] พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่นักศึกษาพยาบาลได้ โดยสถาบันการศึกษาเป็นองค์กรที่มีความสำคัญ และมีบทบาทอย่างยิ่งในการที่จะส่งเสริม และพัฒนาเยาวชน รวมถึงประชากรวัยศึกษาในระดับต่างๆ ให้เจริญเติบโตในทุกด้าน เพื่อเป็นประชาชนที่มีภาวะสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง กลวิธีที่สำคัญคือการปลูกฝังให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเกิดเป็นค่านิยมที่ถูกต้องทางสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัย เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลได้ดีขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านครอบครัว 2) ด้านการเรียน 3) ด้านการรับประทานอาหาร 4) ด้านกิจกรรม 5) ด้านยาและสารเสพติด 6) ด้านเพศสัมพันธ์ 7) ด้านความปลอดภัย 8) ด้านอารมณ์ และ 9) ด้านจิตวิญญาณ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)[4] ที่กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล (Cognitive Perceptual Factor) ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) และสิ่งชักนำ

ในการปฏิบัติ (Cue to Action) เนื่องจากความสำคัญของสุขภาพดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Reseaech)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทั้งชายและหญิง จำนวน 180 คน ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทั้งชายและหญิง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มประชากร ด้วยการคำนวณจากตารางสำเร็จรูป Krejcie & Morgan[5] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % จำนวน 123 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแบบหลายขั้นตอน (Multiple Random Sampling)[6] คือ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยจำแนกตามชั้นปี และสุ่มตัวอย่างประชากรจากชั้นปี ด้วยวิธีการจับฉลากได้ครบตามจำนวน

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายปิด เกี่ยวกับปัจจัยร่วมของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ อายุ เพศ รายรับต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษาของบิดา และระดับการศึกษาของมารดา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ในด้านค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนามาจากงานวิจัยของ ธนพร แย้มศรี[3] มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคือ ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 มีคะแนนอยู่ในระดับดี, ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนามาจากงานวิจัยของ สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์ และคณะ[7] มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคือ ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 ถือว่ามีคะแนนอยู่ในระดับดี, ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ถือว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 ถือว่ามีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบเครื่องมือ การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถาม

นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไป ปัจจัยร่วม และปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม อายุ เพศ รายรับต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษาของบิดา และระดับการศึกษาของมารดา ในกลุ่มที่มีตัวแปร 2 กลุ่ม เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบค่าที (t-test) และในกรณีที่ตัวแปรมีมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance)

2.2 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านด้านความรู้-การรับรู้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ จธ. 2567/0121 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.6 และเพศชายร้อยละ 4.4 รายรับต่อเดือนส่วนใหญ่ 6,001 - 8,000 บาทร้อยละ 49.1 รองลงมา 8,001 - 10,000 บาทร้อยละ 23.9 และ 4,001 - 6,000 บาทร้อยละ 17.0 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 67.9 รองลงมาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 25.2 และสูงกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 6.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของบิดาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 37.1 รองลงมามัธยมศึกษาร้อยละ 33.9 และปริญญาตรีร้อยละ 27.7 ตามลำดับ และระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่ประถมศึกษาร้อยละ 44.7 รองลงมามัธยมศึกษาร้อยละ 30.8 และปริญญาตรีร้อยละ 22.0 ตามลำดับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55 และ 0.41 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับดีในด้านต่อไปนี้ คือ ด้านการสูบบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด ($\bar{x}$ =3.73, S.D.= 1.05) และด้านเพศสัมพันธ์ ($\bar{x}$ =3.92, S.D.= 0.84) อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านต่อไปนี้คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x}$ =3.34, S.D.= 0.47) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x}$ =3.29, S.D.= 0.63) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{x}$ =3.40, S.D.= 0.51) และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x}$ =3.59, S.D.= 0.59) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (N=123)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.34	0.47	ปานกลาง
ด้านการรับประทานอาหาร	3.29	0.63	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3.4	0.51	ปานกลาง

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (N=123)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.73	1.05	ดี
ด้านการงดสูบบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด	3.59	0.59	ปานกลาง
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.92	0.84	ดี
ด้านเพศสัมพันธ์	3.55	0.41	ปานกลาง
โดยรวม	3.34	0.47	ปานกลาง

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เกี่ยวกับค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยด้านความรู้–การรับรู้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยด้านความรู้–การรับรู้รายด้าน	n	X^2	p-value
ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ	123	0.600*	<.001
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	123	0.516*	<.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ	123	0.612*	<.001
การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ	123	0.514*	<.001
การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ	123	0.542*	<.001

*นัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วม

1. เพศ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน พบว่า โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดีกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการงดสูบบุหรี่/สารเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านเพศสัมพันธ์ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ Orem[8] ที่กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัย ที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย สอดคล้องกับ Kutner; & Kutner[9] ที่พบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม และบทบาททางเพศที่ถูกปลูกฝังมาแต่เดิม โดยเฉพาะในบริบทของนักศึกษาพยาบาลที่ส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง และมีการปลูกฝังเรื่องสุขภาพ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

2. อายุ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 17-19 ปี

มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 23-25 ปี สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem[8] ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างในด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อระดับความตั้งใจในการปฏิบัติหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพจากการศึกษาของ Pender ; et al.[10] พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายถึงรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า อิทธิพลของวัยและการรับรู้ความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลที่อายุน้อยกว่าอาจได้รับการปลูกฝังเรื่องความปลอดภัยจากครอบครัวหรือโรงเรียนมาก่อน จึงมีความระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุมากกว่าในขณะที่นักศึกษาที่มีอายุมากขึ้น อาจมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ทำให้บางครั้งอาจลดความระมัดระวังลง

3. รายรับต่อเดือน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายรับต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งนักศึกษาที่มีรายรับต่อเดือนเป็นจำนวนมากมีแนวโน้มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษากลุ่มที่มีรายรับต่อเดือนต่ำกว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยที่อาจส่งผลให้กลุ่มที่มีรายรับต่อเดือนสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี อาจมาจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ หรือการมีภาระหน้าที่มากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่สะดวกและรวดเร็วแทนอาหารที่มีประโยชน์ ขาดการออกกำลังกาย หรือมีพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การนอนหลับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender[4] ที่กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยที่บ่งบอกสถานะทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการเลือกซื้ออาหาร การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

4. ดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จุมพล รามล และไกรสร อมัมวรรธน์[11] ที่พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับค่าดัชนีมวลกายเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ แรงจูงใจ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

5. ระดับการศึกษาของบิดามารดา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า อาจไม่มีผลต่อนักศึกษาที่ไม่มีบิดาหรือมารดาหรือไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดาหรือมารดา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์[12] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชบา คำปัญโญ[1] ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ซึ่งอาจหมายความว่า นักศึกษาพยาบาลอาจได้รับความรู้ และการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพจากหลักสูตรหรือจากการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยความรู้-ความเข้าใจ

1. ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีที่ระบุว่าค่านิยมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการปลูกฝังเรื่องสุขภาพ

ตั้งแต่การเรียนในหลักสูตร ทำให้เกิดแนวคิด และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิโรธร มะโนคำ และคณะ[13] ที่พบว่า ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

2. ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker, et al.[14] ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมใดจะสามารถป้องกันความเจ็บป่วยของตนเองได้ และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและวิชาชีพพยาบาลในระยะยาว

3. การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีทักษะ และความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ให้ผลลัพธ์ดังที่คาดหวังไว้ และบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ[4] สอดคล้องกับ Bandura[15] ที่กล่าวถึงความหมายของการรับรู้ความสามารถแห่งตนไว้ว่า เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่ว่าตนเองสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองต้องการ โดยมีการคาดหวังในการกระทำ เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือประสบความสำเร็จ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนในด้านการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชน

4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดีจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[4] สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock, I. M.[16] ที่กล่าวว่า ถ้าต้องการให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องให้บุคคลมีการรับรู้ว่าการปฏิบัตินี้จะทำให้ได้รับผลดีคือ หลีกเลี่ยงจากสภาพหรือสภาวะที่เขาไม่ต้องการจะได้รับ ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ (เช่น การออกกำลังกาย, การทานอาหารที่มีประโยชน์, การนอนหลับที่เพียงพอ) มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งการรับรู้ในแง่บวกเกี่ยวกับสุขภาพอาจช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน

5. การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยแสดงว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคมากขึ้น พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจะลดลง อุปสรรคเหล่านี้อาจเป็นทั้งทางด้านเวลา ทรัพยากร ความรู้ หรือแม้กระทั่งสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกไม่สามารถทำตามพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดี หรือการตรวจสุขภาพประจำปี[16] สอดคล้องกับ Pender[4] ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคที่

ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวก อาจเป็นผลทำให้การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นความจริงหรือจินตนาการก็ได้ สรุปแล้วผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การลดอุปสรรคที่ทำให้เกิดการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพอาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล และกลุ่มบุคคลอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม การได้รับคำแนะนำ และข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา

จากผลการศึกษานี้ นำไปเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้นักศึกษาเข้าถึงได้ง่าย และจัดการเรียนการสอนให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกๆ ปี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปากลาง ควรจะมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชบา คำปัญโญ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ, วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2560; 25(3):67-76.
2. อลงกรณ์ สุขเรืองกูล, จักรพันธ์ โพธิภาพ, วสันต์ชาย สุรมาตย์, มณฑิรา ชนะกาญจน์, กัลยา ปังประเสริฐ และเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1)156-71.
3. ธนพร แย้มศรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(2):158-68.
4. Pender,N.J. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York : Applenton Century Crofts ; 1987.
5. Krejcie. Robert V. and Daryle W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities,” Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
6. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS FOR WINDOWS. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2560.
7. สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร และธัชกร พุกกะมาน. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ศึกษาศาสตร์สารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2560;1(1):34-45.
8. Orem, D. E. Nursing Concept of Practice 4th ed. St Louis : Mosky Year Book ; 1991.
9. Kutner, N. G., Baker, D. I., Schechtman, K. B., Hornbrook, M. C., and C. D. Mulrow Kutner. Measuring the Quality of Life of the Elderly in Health Promotion Intervention Clinical Trials, Public Heath 1992;107(5):533-34.
10. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing Practice 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc ; 2006.

11. จุมพล รามล และไกรสร อมัมวรรธน์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต 1. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธรุกิจบัณฑิตย์ ; 2559.
12. พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน กึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร, วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558;23(1):113-26.
13. ศิโรธร มะโนคำ, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร, วารสารสุขศึกษา 2562;42(1):146-56.
14. Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Stanisalav, V. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. Medical Care ; 1977:27-46.
15. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychology Review 1977;8(2):191-215.
16. Rosenstock, I. M. The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed), The health belief model and personal behavior New Jersey: Charles B. Slack ; 1974:27-59.

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

The Continuity of Care Model Development for Drug Users

(Received: March 22,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

รัตนา ดีปัญญา[1] ,จรุณรักษ์ ยี่ภู่[1] ,ไพวัล อาจหาญ[1] ,ลักขณา กลางคาร[2] ,กาญจนา ภูยาธร[3]
สุกัญญา เวียงอินทร์[4]
Rattana Deepanya[1] ,Charunrak Yeepoo[1], Paiwan Athan[1] ,Lakkana Klangkan[2] ,Kanchana Puyaton[3]
Sukanya Wiangin[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง ตามที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้ป่วยยาเสพติด 74 คน ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 74 คน บุคลากรทางการแพทย์ 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าปัญหาก่อนจำหน่าย คือ ขาดการวางแผนเสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ขาดกิจกรรมที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำ และขาดการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด และปัญหาหลังจำหน่าย ได้แก่ ไม่มีการติดตามดูแลผู้ป่วย (ทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย 19 กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย 11 กิจกรรม คือ 1) รู้จักกันพาคลายเครียด 2) อารมณ์ดีชีวีมีสุข 3) พลังบวกด้วยใจเข้มแข็ง 4) สานฝันสู่เป้าหมาย 5) สู่อ้อมกอดของครอบครัว 6) ปัญหามีไว้แก้ 7) คุณค่าในตนเอง 8) โทรถามยามไกล 9) เติมพลังใจก้าวต่อ 10) โทรไปให้ใจสู้ 11) เรียนรู้สู่ความสำเร็จ ส่วนกิจกรรมสำหรับครอบครัว 8 กิจกรรม คือ 1) รู้จักกันพาคลายเครียด 2) รู้ทันสารเสพติดและสมองติดยา 3) ครอบครัวนี้มีสุข 4) สู่อ้อมกอดของครอบครัว 5) โทรถามตามเยี่ยม-1 6) ห่วงใย ใส่ใจกัน 7) โทรถามตามเยี่ยม-2 8) สู่เส้นชัยก้าวไปด้วยกัน และขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมิน ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มครอบครัวพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This quasi experiment research aimed at developing a continuing care model for drug addicts. The sample group was selected by purposive sampling according to the specified criteria, consisting of 74 drug addicts, 74 family caregivers, and 56 medical personnel. The instruments used for data collection were interviews, questionnaires on resilience, perceived self-efficacy in preventing relapse, self-care behaviors to prevent relapse, intention to drug abstinence, family functioning assessment, and a satisfaction questionnaire on the continuing care model for drug

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
[2] นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
[3] นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
[4] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

addicts. Data were analyzed using content analysis, percentages, means, standard deviations, and t-tests to compare data before and after the experiment.

The study results revealed that: 1) Baseline information on continuing care for drug addicts: Problems before discharge included a lack of planning to strengthen necessary skills, a lack of activities to help reduce risk factors that could lead to relapse, and a lack of reinforcement to build self-confidence in quitting drug use. Problems after discharge included a lack of follow-up care for patients (via telephone and home visits). 2) Development of a continuing care model: The model consisted of 19 activities for patients, including 11 activities: 1) Getting to know each other and relieving stress; 2) Good mood, happy life; 3) Positive energy with a strong heart; 4) Dreams come true to goals; 5) Into the embrace of the family; 6) Problems are meant to be solved; 7) Self-worth; 8) Phone calls from afar; 9) Recharge your heart and move forward; 10) Call to cheer you up; 11) Learning to success. There were also 8 activities for families: 1) Getting to know each other and relieving stress; 2) Understanding drugs and the addicted brain; 3) This family is happy; 4) Into the embrace of the family; 5) Phone calls and follow-up visits-1; 6) Caring for each other; 7) Phone calls and follow-up visits-2; 8) Towards the finish line together. 3) Evaluation results: In the patient group, it was found that resilience, perceived self-efficacy in preventing relapse, self-care behaviors to prevent relapse, intention to quit drug use, family functioning, and satisfaction with the continuing care model for drug addicts after the experiment using the continuing care model, the experimental group had higher average scores. The experimental group had significantly higher average scores than the control group. In the family group, it was found that family functioning and satisfaction after the experiment using the model, the experimental group had higher average scores and the experimental group had significantly higher average scores than the control group (p-value <.05).

Keywords Model Development of the Continuity of Care, Drug Addiction Patients

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงระหว่างประเทศ ปัจจุบันทั่วโลกต้องเผชิญกับสถานการณ์ยาเสพติดที่สูงขึ้น ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา[1] ประเทศไทยก็ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น แม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดให้เป็นนโยบายเร่งด่วน โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่กระทำผิดในการค้ายาเสพติดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ปัญหาก็ยังไม่มีแนวโน้มจะลดลง ด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดทำให้มีผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้นถึงร้อยละ 25 จากปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 127,779 คน 196,088 คน และ213,024 คน ตามลำดับ[2]

การแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทยปัจจุบันดำเนินงานตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [3] โดยมีแนวคิดว่าผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (chronic.relapsing .disease) ตามแนวคิดสากล โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก มีการจัดตั้งหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษา ประกอบด้วย ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน[4]โดยมีเป้าหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสังคม ปัญหาที่เกิดยาวนานส่วนหนึ่งเกิดจากผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วกลับไปเสพซ้ำ ดังข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่สถาบัน

บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 คิดเป็นร้อยละ 36.49 37.09 38.18 ตามลำดับ[5] ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้ว แบ่งเป็น 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ด้านบุคคลเป็นหลัก รองลงมาคือด้านครอบครัว และด้านสังคม ดังนั้นการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ ต้องเริ่มที่ตัวบุคคลเป็นอันดับแรก ต้องสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติดและเสริมสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถควบคุมตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอีกทั้งช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และให้โอกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้มีงานทำ[6] โรคสมองติดยา เป็นโรคเรื้อรัง เป็นผลจากการ ที่สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการใช้ยาเสพติด และการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงอยู่ แม้ว่าจะหยุดใช้ยาเสพติดไปแล้ว เหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้ แต่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ การกลับไปเป็นซ้ำสามารถพบได้บ่อยในโรคเรื้อรัง ดังนั้น เรามักจะพบว่าผู้ป่วยโรคสมองติดยา มักมีพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้บ่อย ซึ่งอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีความใกล้เคียงกับอัตราการกลับไปเป็นซ้ำของโรคเรื้อรังอื่นๆ[7]

กลไกของการกลับไปเสพซ้ำ[8] ผู้ป่วยติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาเสพติดเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดความเชื่อพื้นฐานว่าการใช้ยาเสพติดแล้วทำให้มีความสุขคลายทุกข์ได้และทำให้เกิดความคิดแบบอัตโนมัติ ทำให้ไปใช้ยาเสพติดครั้งคราว มีผลต่อความเชื่อมั่นใจในความสามารถของตน (Self-efficacy) ลดลง ผู้ป่วยคิดว่ามันไม่มีประโยชน์ที่จะหักห้ามใจ ในสุดท้ายก็จะต้องกลับไปใช้ยาเสพติดอยู่ดี ประกอบกับความรู้สึกละอายใจที่ตนเองพลาดพลั้งใช้ยาเสพติด ทำให้มีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ ในปัจจุบันของผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่ขาดการดูแลต่อเนื่อง[9] การติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่อง ผู้บำบัดไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ และขาดความเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำและก่อความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในปัจจุบันผู้รับผิดชอบหลักเป็นบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน หากต้องการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ติดตาม ดังนั้นจึงต้องพัฒนาแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว มีการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม[10] ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วยโปรแกรมเจริญสติ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเสพติดซ้ำ การติดตามเยี่ยมด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่กลับเสพสุราซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[11] ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดประกอบด้วยการให้คำปรึกษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก การให้คำปรึกษาตลอดเวลาทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยสหวิชาชีพ การบำบัดด้วย 12 step การจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ด้วยเทคโนโลยี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) มีระบบบริการการติดตามการรักษา ซึ่งดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการติดตามการรักษาภายใต้ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชน[12] ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งภาวะสุขภาพดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ มีความต้องการได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องมีคุณภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การ

ดูแลตัวเองต่อที่บ้านและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง[13] การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดของ สบยช. มีรูปแบบการติดตาม มีการวางแผนการติดตามร่วมกับครอบครัว โดยนัดหมายติดตาม 7 ครั้งใน 1 ปี หรือตามแผนการดูแลของทีมบำบัด วิธีการติดตามประกอบด้วยการนัดพบที่โรงพยาบาล โทรศัพท์/Application line ติดตามกรณีไม่มาพบตามนัด และการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซ้ำซ้อน กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเมื่อมาพบที่โรงพยาบาล เช่น การประเมินเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิต และการใช้ยาเสพติด รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่มตามสภาพปัญหา การช่วยเหลือกรณีเสพติดซ้ำ การส่งต่อพบแพทย์ นักจิตวิทยา เภสัชกรและการติดตามปัญหาของผู้ป่วย[13]

การที่ผู้ผ่านการบำบัดมีบุคคลในครอบครัว ชุมชนให้การยอมรับ ช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ จะช่วยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดฟื้นฟูของผู้เข้ารับการบำบัด เช่น การให้ความรู้อย่างจริงจัง และการฝึกปฏิบัติแก่สมาชิกในครอบครัว และชุมชนถึงแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติด หลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเรียบร้อยแล้ว เพื่อลดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ[14] และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือทางการพยาบาล เช่น แผนการดูแล (Guide line) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาและทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะโรค ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายหรืออยู่ต่อไป [15]

จากเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับประสบการณ์ทำงานในการร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้วิจัยพบว่าบุคคลเหล่านี้ยังคงมีความต้องการที่จะเลิกเสพยาเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดนั้นสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ภายหลังที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเสร็จสิ้น แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ายังมีผู้เข้ารับการบำบัดอีกจำนวนหนึ่งหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและกลับเข้ารับการบำบัดซ้ำอีกหลายครั้ง [16] ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดการเกิดปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 2) พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าใช้ยาเสพติด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยยาเสพติด 74 คน 2) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 74 คน 3) บุคลากรทางการแพทย์ 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการรักษา การพักอาศัยกับครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว

3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ กลุ่มวิชาชาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ปัจจัยในการดูแลต่อเนื่อง องค์ประกอบของการดูแลต่อเนื่อง แนวทางการดำเนินการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

1) แบบประเมินความสอดคล้องของรูปแบบ ใช้แบบประเมินความสอดคล้องของรูปแบบฯ ของ[21] แบบประเมินมีทั้งหมด 23 ข้อคำถาม ข้อแต่ละข้อมีคะแนน -1,0,1 ได้ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84) ซึ่งมีความเหมาะสมตามเกณฑ์การพิจาณาของค่าดัชนี IOC ทุกรายการ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบฯ ของ[21] แบบประเมินมีจำนวน 30 ข้อแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ระหว่าง 3.87 - 4.53 (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.10)

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

1) แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจของ[17] แบบสอบถามมีจำนวน 71 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 71-355 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความเข้มแข็งทางใจต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความเข้มแข็งทางใจสูง

2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของ[18] แบบแบบสอบถาม มีจำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 11-55 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำต่ำ คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำสูง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำของ[19] แบบแบบสอบถามมีจำนวน 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 16-80 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำสูง

4) แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด ใช้แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดของ[17] แบบแบบสอบถามมีจำนวน 14 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนน

รวมมีค่าเท่ากับ 14-70 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดสูง

5) แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดใช้แบบวัดเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าาที่ของครอบครัวไทยของ[20] (Thai Family Functioning Scale; TFFS) แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0-90 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง

6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของ [21] แบบแบบสอบถามมีจำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 11-55 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ต่ำคะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบฯสูง

7) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัว ใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ [21] แบบแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 10-50 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบฯ ใช้สถิติ t-test ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สบยช. เลขที่ 021/2566

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีของการดูแลต่อเนื่องและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ไม่มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ไม่มีการดำเนินงานตามแผนการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยยาเสพติดครอบครัว พบว่าประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาและกลับไปติดซ้ำมีหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดการทำหน้าที่ของตนเองที่เหมาะสม เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ไม่ให้โอกาส การควบคุมที่เข้มงวด อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองไม่มีความเชื่อมั่นว่าตัวเองจะเลิกยาได้ จิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่มีภูมิคุ้มกันและเมื่อมีตัวกระตุ้นก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ จึงต้องคอยดูแลอย่างต่อเนื่องให้รู้สึกปลอดภัยและมีกำลังใจในการเลิกยา อยากให้ครอบครัวรักและเข้าใจกันมีทักษะในการพูดคุยกัน ส่วนของครอบครัวต้องการให้สถาบันฯ เพิ่มกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมที่บ้าน พยาบาลไปเยี่ยมบ้านหรือ

โทรศัพท์สอบถามอาการ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย ถ้ามีปัญหาจะได้มีคนช่วยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ควบคุมความคิดพฤติกรรมได้ และเมื่อเกิดภาวะเครียดมีวิธีจัดการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

ข้อมูลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากขาดการตั้งเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต การจัดการกับอารมณ์ ทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งควรส่งเสริมหรือการพัฒนาให้กับผู้ป่วยทั้งวิธีการผ่อนคลายจิตใจ การมองโลกในแง่ดีจินตนาการถึงความสำเร็จอยู่เบื้องหน้า ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจในการเลิกยา ครอบครัวให้โอกาสและไม่ตอกย้ำในสิ่งที่ผ่านมา ชุมชนให้โอกาสและไม่ตีตรา เจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ แนะแนวทางในการเลิกยา และเพิ่มบทบาทการเชื่อมสัมพันธ์ต่อกันให้มากขึ้นเพื่อลดช่องว่างของครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดการสนับสนุนด้านจิตใจที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การแก้ปัญหาเหล่านี้จึงมีความสำคัญเพื่อสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
1. รู้จักกันพาคลายเครียด	✓	
2. อารมณ์ดีชีวีมีสุข	✓	
3. พลังบวก ด้วยใจเข้มแข็ง	✓	
4. สานฝันสู่เป้าหมาย	✓	
5. สู่อ้อมกอดของครอบครัว	✓	

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
6. ปัญหามีไว้แก้	✓	
7. คุณค่าในตนเอง	✓	
8. โทรถามยามไกล		✓
9. เติมพลังใจก้าวต่อ		✓
10. โทรไปให้ใจสู้		✓
11. รู้ตนสู่ความสำเร็จ		✓

ตารางที่ 2 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
1. รู้จักกันพาคลายเครียด	✓	
2. รู้ทันสารเสพติดและสมองติดยา	✓	
3. ครอบครัวนี้มีสุข	✓	
4. สู่อ้อมกอดของครอบครัว	✓	
5. โทรถามตามเยี่ยม 1		✓
6. ห่วงใย ใส่ใจกัน		✓
7. โทรถามตามเยี่ยม 2		✓
8. สู่เส้นชัยก้าวไปด้วยกัน		✓

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จัดกิจกรรมแก่กลุ่มทดลองตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มการทดลอง และเมื่อการทดลองเสร็จสิ้นลง ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดโดยผู้ป่วยยาเสพติด

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนแบบสอบถามของผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำดีขึ้น มีความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดังกล่าว

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดโดยครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด

คะแนนของครอบครัวกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

คะแนนของครอบครัวกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯในกลุ่มทดลอง พบว่าครอบครัวกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ ของครอบครัวกลุ่มทดลองและครอบครัวกลุ่มควบคุมพบว่าครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบ

กับครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดังกล่าว

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะและความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการสอนและการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมและลดความวิตกกังวลของครอบครัว[10] และการใช้แอพพลิเคชั่นเพื่อการติดตามอาการและการให้คำแนะนำคำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ ช่วยในการให้การสื่อสารรวดเร็ว ช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องและมีประสิทธิภาพระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว[21]

การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย นอกจากการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น การสนับสนุนจากครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง[9,22] การที่ครอบครัวได้รับความรู้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลทำให้ครอบครัวมีความผูกพันและตระหนักในภาระความรับผิดชอบของตนเองเพิ่มขึ้นและที่สำคัญมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดเมื่อกลับบ้านแล้ว รวมทั้งการให้ความร่วมมือที่ดีกับทางโรงพยาบาลในการติดตามเยี่ยมและประเมินผลผู้ป่วยยาเสพติดเพราะคุ้นเคยกันมาระดับหนึ่งแล้ว ดังนั้นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวควรเริ่มตั้งแต่ตอนที่ผู้ป่วยยาเสพติดยังคงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว การใช้ทรัพยากรที่เพียงพอและการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างเสริมศักยภาพของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณที่มีความละเอียดอ่อน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหา ความทุกข์ที่เกิดกับผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากการจำหน่ายออกจากสถาบันฯ แต่ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้โดยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การบริหารในระดับนโยบายควรวางแผนกลยุทธ์ จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะการบำบัดฟื้นฟู

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านยาเสพติดในระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแล (caregiver) มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษายาเสพติด

3. ควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติตาม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องในลักษณะการจัดการรายกรณี (case management) ในทุกประเภทสารเสพติด เพื่อให้ได้รับการการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย และ/หรือจัดกลุ่ม

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

6. ควรมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ และ applications มาใช้ในการรูปแบบฯนี้เพิ่มขึ้น

7. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัยจากผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022. {Internet}. [cited 2024 July 9]. Available Source:: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html December 30,
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการบำบัดรักษายาเสพติด(บสต. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567;2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://antidrug.moph.go.th/_
3. ราชกิจจานุเบกษา 8 พฤศจิกายน 2564. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://ockt.dtam.moph.go.th/index.php/law/268-law2564-1
4. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.); 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. สถิติผู้ป่วย 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53
6 ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/HVGOWM6Wed103104.pdf
7. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมองและกลไกการเสพติด; 2560 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567], เข้าถึงได้จาก http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf
8. G. Alan Marlatt, George A, J.R., EDS. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press ;1985.
9. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัส พลัส จำกัด; 2563
10. Jame R. Mckay. Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. [Internet]. 2021 [cited 2024 July 9]. Available Source: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813220/
11. St. Joseph Institute. (2018). Understanding the Continuum of Care in Addiction Treatment. [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 23]. Available from https://stjosephinstitute.com/understanding-the-continuum-of-care-in-addiction-treatment/

12. กรมการแพทย์. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 2565 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี กรมการแพทย์; [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/221101166727744069.pdf
13. ลชา เรืองกิจและคณะ. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ติด Methamphetamine วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเตอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย.2017 [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2565] ;14(1) เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/204592
14. ธนิตา หิรัญเทพและคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-2/03-Thanita.pdf
15. อรพรรณ โตสิงห์. การดูแลอย่างต่อเนื่องและบทบาทของพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546
16. สายสุดา โภชนากรณ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (พัฒนศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563
17. นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์. พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสานวิธีพหุระยะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
18. ศักดินา บุญเปี่ยม. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงจิตลักษณะของผู้ติดยาบา (เมทแอมเฟตามีน)ในระหว่างกระบวนการบำบัดตามแนวจิตบำบัดในระบบบังคับแบบผู้ป่วยใน.ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
19. สุกุมา แสงเดือนฉาย. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟฟิกซิดเต็มจำกัด; 2557
20. Suttiamnuaykul WP. (2002). Measuring family functioning in Thailand: developing the Thai Family Functioning Scale (TFFS) and comparing its psychometric properties to those of the Thai version of the Family Assessment Device (FAD) [Doctoral dissertation]. State University of New York at Buffalo, Nursing & Allied Health Database; ProQuest Dissertations & Theses Global. Available from: https:// search. proqu est. com/ docvi ew/ 25217 3472?accou ntid= 46528.
21. จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูการเรียนการสอนโดยบูรณาการหลัก พุทธธรรมเพื่อปลูกฝัง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
22. คณิวรรณ ภูษาและณัชมนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.[อินเตอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย.2017. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568] 9(1), 453-462, เข้าถึงจาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2214/1626
23. Glanz, K. and Bishop, D. The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. Annual Review of Public Health, [Internet]. 2021 [cited 2024 July 9]. Available Source: Available from https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1606400

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

The development of nursing practice guidelines to prevent early postpartum hemorrhage in delivery rooms at Chonnabot Hospitals, Khon Kaen Province.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

อัจฉรา ยาวะสิทธิ์[1] รพิพรรณ เสนาราช[1] มุก อิงคประเสริฐ[1]
Atchara Yawasith[1] Raphiphant Senarach[1] Mook Ingkaprasert[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอด และเพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชนบท คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ที่ครอบคลุมทั้งการประเมินและการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มไม่มีความเสี่ยง หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าหญิงหลังคลอดไม่เกิดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สำหรับกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็น ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การตกเลือดหลังคลอด, แนวปฏิบัติการพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to analyze the situation of postpartum hemorrhage and to develop and evaluate the implementation of nursing practice guidelines to prevent early postpartum hemorrhage in delivery rooms at Chonnabot Hospitals, Khon Kaen Province. The research was conducted between July 2023 and February 2024. The research participants were 1) nurses and multidisciplinary teams and 2) pregnant women who came to give birth at Chonnabot hospitals, selected according to the selection criteria. The data collection tools included in-depth interview guidelines, focus group discussion guidelines, and questionnaires. Qualitative data was analyzed using content analysis, and quantitative data was analyzed using descriptive statistics.

The results of the study resulted in a nursing practice guideline to prevent early postpartum hemorrhage in the delivery room, which covers assessment and care of high-risk, low-risk, and no-risk pregnant women. After implementing the nursing practice guidelines, it was found that postpartum women did not experience postpartum hemorrhage, and professional nurses working in delivery rooms were able to follow the nursing practice guidelines for mothers with risk factors for postpartum hemorrhage, accounting for 100 percent.

Keyword: Postpartum hemorrhage, Nursing practice guidelines

[1] โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage; PPH) ถือเป็นปัญหาที่สำคัญของภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่นำมาสู่การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยมีอุบัติกรณ์ของการเกิดทั่วโลกประมาณ 1-6%[1] การตกเลือดหลังคลอดคือการสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักมารดา หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด หรือการสูญเสียเลือดที่ทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด[2] ซึ่งส่วนใหญ่การตกเลือดมักจะเกิดขึ้นใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งแต่ละปี มีมารดาประมาณ 14 ล้านคน ที่เกิดปัญหาภาวะ PPH ส่งผลให้มารดาเสียชีวิตประมาณ 70,000 รายทั่วโลก และถึงแม้ว่ามารดาเหล่านี้จะรอดชีวิต แต่ผู้ป่วยมักต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อควบคุมเลือดออกและอาจมีความพิการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ตลอดชีวิตได้ (WHO, 2022b) ในภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศจีน พบอุบัติการณ์ของปัญหาการตกเลือดหลังคลอดอยู่ที่ 15.4%[3]

สำหรับประเทศไทยที่ตั้งเป้าหมายของอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดของห้องคลอดที่ได้มาตรฐานไม่เกิน 2.5% แต่ที่ผ่านมายังพบความชุกของการตกเลือดหลังคลอดที่ค่อนข้างสูง โดยในปี 2012 มีความชุกของ PPH ระยะแรกที่ 2.8% และเพิ่มขึ้นเป็น 8.5% ในปี 2014 และโดยรวมมีความชุก ระหว่าง 1.4% - 10.6%[4,5] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีหลายปัจจัยเสริมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย เช่น มารดาที่เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอดมาก่อน มีประวัติการผ่าตัดคลอด มีปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และมีความผิดปกติของรก อายุของมารดาตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (AOR: 2.20; 95% CI: 1.08, 4.46) ระยะเวลาการคลอดที่นานกว่า 24 ชั่วโมง (AOR: 7.18; 95 % CI: 2.73, 18.90), มีการฉีกขาดของช่องคลอดหรือปากมดลูก (AOR: 4.95; 95% CI: 2.49, 9.86), การใช้เครื่องมือคีมหรือเครื่องดูดช่วยในการคลอด (AOR: 2.92; 95% CI: 1.25, 6.81), การมีภาวะรกค้าง (AOR: 21.83; 95% CI: 6.33, 75.20), มารดามีเลือดออกก่อนคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด (AOR: 6.90; 95% CI: 3.43, 13.84) และปัญหาการตกเลือดหลังคลอดที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาหลายอย่างเพิ่มขึ้น[6] เช่น ภาวะช็อกจากเลือดออก กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน หลอดเลือดแข็งตัวแบบกระจาย (disseminated intravascular coagulation) ไตวายเฉียบพลัน การสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ เนื้อร้ายในต่อมใต้สมอง (กลุ่มอาการชีแฮน; Sheehan syndrome) และแม้แต่การเสียชีวิตของมารดาอาจเกิดจากการตรวจคัดกรองที่ล่าช้าหรือขั้นตอนการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม

จากความสำคัญปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างสามารถเฝ้าระวังและป้องกันได้ โดยอาศัยกระบวนการประเมิน การวินิจฉัยปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดขณะคลอดและระยะหลังคลอด การพยาบาลผู้คลอดเป็นหนึ่งในมาตรฐานการบริการพยาบาลสูติกรรม เพื่อให้มารดาและทารกมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการนอกจากใช้ความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะทางด้านสูติศาสตร์ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย ซึ่งการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้มดลูกมีการหดรัดตัวที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในแต่ระยะของการคลอด เพื่อให้การบริการทางด้านการพยาบาลที่เกิดประสิทธิภาพ การออกแบบการทำงาน การบริหารเวลา และการพัฒนาบุคลากร[7] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสร้างแนว

ปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรช่วยให้เกิดแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาการตกเลือดหลังคลอดได้ ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด อัตรามารดาถูกตัดมดลูกและอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดลดลง และที่สำคัญพบว่าค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยลดลงด้วย

โรงพยาบาลชนบท เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้คลอดและบริการมารดาหลังคลอด โดยในปี 2561-2566 สถิติผู้ที่มาคลอดแบบปกติ ของโรงพยาบาลมีจำนวน 95, 89, 92, 70, 83 และ 38 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด ในปี 2561 -2566 ที่ร้อยละ 5.26, 5.62, 4.34, 2.86, 2.41 และ 5.26 ตามลำดับ จากการทบทวน พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุภาวะรกค้าง, Tear of birth canal จาก Precipitate Labor และจากการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูก (Uterine atony) มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้เลือด จากปี 2564-2566 จำนวน 1, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการแก้ไขเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งถึงแม้ทีมในการดูแลและให้บริการผู้คลอดจะปฏิบัติการดูแลตามแนวทางที่มีอยู่เดิม แต่ที่ผ่านมายังพบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการทบทวนย้อนหลัง พบว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเดิมไม่ชัดเจน เกิดความสับสนในการปฏิบัติ ไม่มีแบบฟอร์มตรวจสอบตามขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวถือเป็นความท้าทายของทีมที่ต้องกลับมาทบทวนและมีประเด็นที่ควรปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมมากขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับคุณภาพและมาตรฐานของการดูแลผู้คลอดและลดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้น เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อสามารถให้การดูแลและจัดการแก้ไขปัญหาให้มารดาที่มารับบริการในห้องคลอดเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยง ปัญหาหรืออันตรายเมื่อกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้าน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท

2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดและการพยาบาลที่ใช้เดิม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวกับปัญหาการตกเลือดหลังคลอด และศึกษากระบวนการพยาบาลเดิมที่ปฏิบัติหน้างาน

ผู้ให้ข้อมูล พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน แพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวม 7 คน

เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล คือแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) และแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 คน เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่ออธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดและการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดของแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท

1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดและการดูรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการตกเลือดหลังคลอด

วิธีการ ใช้วิธีการทบทวนเอกสารทางวิชาการ หนังสือ และผลการศึกษาวิจัย

1.3 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อขั้นตอนและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

เครื่องมือ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน แพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวม 7 คน

กระบวนการ ดำเนินการ ดังนี้ 1) ร่วมกับทบทวนแนวปฏิบัติร่วมกับทีม เกี่ยวกับองค์ประกอบขั้นตอนและรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท 2) วิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอน แนวทางให้เป็นไปตามหลักทางวิชาการ 3) วางแผนการกำกับติดตามในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

เครื่องมือ ใช้วิธีการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง

ผู้ให้ข้อมูล แพทย์และพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน

กระบวนการ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด 2) มีองค์ประกอบ คือ วัตถุประสงค์ ขอบเขต ผลลัพธ์ที่ต้องการ ขั้นตอน คำจำกัดความ สาระสำคัญ Algorithms 3) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับทีมผู้ให้บริการ ใช้วิธีการอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเป็นแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน ใช้กระบวนการโดยการฝึกอบรมผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะ

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยนำข้อมูล ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากการทดลองใช้จริงและการฝึกปฏิบัติทักษะของการใช้แนวปฏิบัติของทีมพยาบาลผู้ดูแล นำมาพัฒนาปรับปรุง ตามสภาพจริงที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 5-6 นำแนวปฏิบัติฯไปใช้จริงและปรับปรุงต่อเนื่อง

เป็นระยะการลงมือปฏิบัติตามกระบวนการและองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ที่พัฒนาขึ้นและผ่านกรปรับปรุงพร้อมที่จะนำมาใช้จริงและการประเมินผลจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 5 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษา

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มารอคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชนบท คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ มารับบริการคลอดระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 มีการคลอดที่ใช้วิธีปกติ (Normal labor) ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษา และคัดผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อย่างอื่นที่ไม่ใช่การตกเลือดหลังคลอดออกจากการศึกษา รวมจำนวน 26 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่มีตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิดแบบให้เติมข้อมูล

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในภาพรวม ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ระดับความคิดเห็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และมีคำถามปลายเปิดในช่องว่างเพื่อให้เขียนข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุง

3. แบบสอบถามความเป็นไปได้เกี่ยวกับสาระสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นการประเมินเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน ตามกิจกรรมและบทบาทการให้การพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ และปฏิบัติไม่ครบถ้วน

4. แบบประเมินกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปใช้ สำหรับการพยาบาลมารดาคลอดที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 16 ข้อ และกลุ่มที่ไม่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 14 ข้อ ตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ครบถ้วน)

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยดูความถูกต้องของเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน, พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอด 1 ท่าน และแพทย์ทางด้านสูติกรรม 1 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index = 0.88-0.94 และทดสอบความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.78-0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งดำเนินการใน 3 ขั้นตอน เริ่มจากการลดทอนข้อมูลโดยเฟ้นหาประเด็นสำคัญและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ต่อมาเป็นการแสดงข้อมูลโดยคัดเลือกข้อมูลสำคัญมาเป็นหลักฐานประกอบการวิเคราะห์ และสุดท้ายคือการสรุปและยืนยันผลด้วยการสังเคราะห์ข้อสรุปและตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE 031/2566 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกหลังคลอด

มารดาหลังคลอดที่มารอคลอดและผ่านการคลอดด้วยวิธีปกติ (Normal labor) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดามีอายุเฉลี่ย 28.27 ปี (S.D. 2.54) โดยมารดามีอายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 73.08 ในแง่ของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งแรก ร้อยละ 38.46 ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 80.08 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.46 และทารกแรกคลอดจากมารดา ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 84.62 และที่สำคัญไม่พบการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 100

สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการตกเลือดหลังคลอด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าปัญหานี้เป็นประเด็นปัญหาที่ท้าทายสำคัญทางการพยาบาล ซึ่งจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการให้บริการดูแลที่ผ่านมา พบหลายสาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาการตกเลือดหลังคลอด เช่น ปัจจัยทางสรีระวิทยาของมารดา การหดรัดตัวของมดลูกที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเกิดภาวะรกค้าง และการฉีกขาดของช่องคลอด และสาเหตุจากากรณีมารดาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การคลอดยาก การคลอดบุตรแฝด หรือการใช้หัตถการต่างๆที่ช่วยในการคลอด

กระบวนการบริการพยาบาลในการจัดการปัญหาการตกเลือดหลังคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท เน้นการเฝ้าระวัง เช่น การตรวจวัดการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง การประเมินปริมาณเลือดออก การติดตามสัญญาณชีพ และการเตรียมพร้อมในการให้การรักษาเร่งด่วน เช่น การให้สารน้ำ เลือด และยาบีบมดลูก ซึ่งต้องอาศัยทักษะความชำนาญและความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาแนวทางหรือมาตรฐานเฉพาะทางที่ได้มาตรฐานใช้เป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลของห้องคลอด

ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

ตารางที่ 1 ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

กิจกรรม	ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล	5	100
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพแรกรับหลังคลอด 2 ชั่วโมง (ทุก 30 นาที x 4 ครั้ง) และ1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง	5	100
3. ประเมินลักษณะของเต้านม หัวนมและการไหลของน้ำนม เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดาโดยเร็วและดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง โดย 3.1 กระตุ้นให้ดูดนมแม่หลังคลอดทันที 3.2 ภายใน 2 ชม. แรกหลังคลอด	5	100
4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก โดย -คลึงมดลูกทุก 30 นาที นาน 1 นาที x 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง -กรณีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกไล่ blood clot พร้อมวาง cold pack บริเวณยอดมดลูกและคลึงมดลูกต่อเนื่องจนกว่ามดลูกจะหดรัดตัวดี	5	100
5. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำ ดังนี้ -ในขณะคลอด ให้ยา Syntocinon 20 unit หลังคลอดไหล่บน -ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 cc.+ Syntocinon 20-unit เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด 120-140 มิลลิลิตร/ชม. จนครบ 12-18 ชม. หลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์	5	100
6. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ bladder full โดย	5	100

ตารางที่ 1 ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

กิจกรรม	ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง	
	จำนวน	ร้อยละ
6.1 ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ bladder full ทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ภายใน 2 ชั่วโมงแรก (Active management) และต่อจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง		
6.2 กระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 6 - 8 ชั่วโมง หากปัสสาวะไม่ออก หรือมี bladder Full พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง	5	100
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยดูจากปริมาณเลือดที่ผ้าอนามัยและประเมินลักษณะแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA Scale ทุก 1 ชั่วโมง X 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้ตรวจภายในเพื่อประเมินซ้ำ ภายใน 6 -12 ชั่วโมง/ประเมินระดับการปวดแผลฝีเย็บ (Pain score) ทุก 4 – 6 ชั่วโมง	5	100
8. รายงานแพทย์ทราบ เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น ปริมาณเลือดที่ออกมากผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ผิดปกติ หน้ามืด และมีอาการเหนื่อยหอบ จากนั้นเจาะเลือด Hct เพื่อตรวจดูความเข้มข้นของเลือด	5	100
9. ประเมินการรับประทานอาหาร น้ำ / น้ำขิง และยา ได้เหมาะสมครบตามเวลา 2 ชม. หลังคลอด และดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ	5	100
10. แนะนำญาติเฝ้าและดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล เช่น วิงเวียนศีรษะ รู้สึกมีเลือดไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา หนาวสั่น ปวดท้องและมดลูกนิ่ม เป็นต้น	5	100
11. หลังคลอด สอนคลึงมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง คลึงนาน 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี	5	100
12. สังเกตเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากผิดปกติ หรือมีอาการปวดท้อง โดยสังเกตทุก 1 ชม ถ้าเปลี่ยนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนในเวลา 1 ชั่วโมง	5	100
13. สังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hematoma เมื่อมีอาการแนะนำให้มารดาสังเกตอาการและจัดการแก้ไข	5	100
14. แนะนำไม่ให้ลุกจากเตียงจนกว่าจะครบ 6 ชม. หลังคลอด หรือจนกว่าเมื่อลุกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด/วิงเวียน	5	100
15. แนะนำปัสสาวะบนเตียงโดยใช้หม้อนอน เวลาไปเข้าห้องน้ำในครั้งแรก ต้องมีญาติไปด้วยทุกครั้ง ถ้าไม่มีญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่	5	100
16. แนะนำญาติผู้ดูแลให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด เพื่อนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding เพื่อส่งเสริมให้มดลูกหดรัดตัวที่ดีขึ้น	5	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ คือพยาบาลวิชาชีพ งานห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จำนวน 5 คน ได้ใช้แนวปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่าพยาบาลทั้ง 5 คน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯสำหรับกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 16 ข้อ ได้ทุกข้อ คิดเป็น ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยใช้หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice Guideline) ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Councils)[8] เป็นแนวทางของกรอบการพัฒนา ดำเนินการพัฒนาร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ผู้ให้การดูแล และหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (best evidence) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความครอบคลุมเชิงเนื้อหา มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอด และมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด[9] สำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัย เสี่ยงใช้เป็นไปในแนวเดียวกัน

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าพยาบาลในงานห้องคลอด สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 เนื่องมาจากในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน[10] โดยการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติงานที่มีอยู่เพื่อปรับใช้เป็นแนวทางใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนในการพัฒนาและถือเป็นส่วนหนึ่งของผลงานด้วย ดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา เกิดเป็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ และสามารถนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีเกิดประสิทธิภาพและส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

ผลการศึกษาหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในการปฏิบัติ พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือไม่พบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลมารดาหลังคลอด การที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน 100% แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและความมุ่งมั่นในการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] จากผลการพัฒนาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า อาจมีปัจจัยส่งเสริมที่ที่ช่วยให้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประสบผลสำเร็จ[12] เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ ที่อาศัยแนวคิดของการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางทางวิชาการที่ทันสมัย การฝึกอบรมเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้อง การมีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถตรวจสอบและปรับปรุงการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และความตระหนักและความใส่ใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการป้องกันการตกเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระยะหลังคลอด การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับปัจจุบัน และควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเป็นการยืนยันให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). WHO postpartum haemorrhage (PPH) summit. 2022 [cited 2023 January, 11]; Available from: https://www.who.int/publications/m/item/who-postpartum-haemorrhage-(pph)-summit.
2. Van der Nelson, H., et al. (2019). Intramuscular oxytocin versus oxytocin/ergometrine versus carbetocin for prevention of primary postpartum haemorrhage after vaginal birth: study protocol for a randomised controlled trial (the IMox study). Trials, 20(1), p. 4.
3. Wei, Q., Y. Xu, and L. Zhang. (2020). Towards a universal definition of postpartum hemorrhage: retrospective analysis of Chinese women after vaginal delivery or cesarean section: A case-control study. Medicine (Baltimore), 99(33), e21714.
4. Prapawichar, P., Ratinthorn, A., Utriyaprasit, K., & Viwatwongkasem, C. (2020). Maternal and health service predictors of postpartum hemorrhage across 14 district, general and regional hospitals in Thailand. *BMC pregnancy and childbirth*, *20*(1), 172. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2846-x
5. Leetheeragul, J., Sirisomboon, R., Pimol , K., Lertbunnaphong, T., & Limsiri, P. (2020). Incidence and Pregnancy Outcomes of Primary Postpartum Hemorrhage Following Implementation of Postpartum Drape with a Calibrated Bag after Normal Vaginal Delivery. *Siriraj Medical Journal*, *72*(3), 219–225. https://doi.org/10.33192/Smj.2020.30
6. Carr, B. L., Jahangirifar, M., Nicholson, A. E., Li, W., Mol, B. W., & Licqurish, S. (2022). Predicting postpartum haemorrhage: A systematic review of prognostic models. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, *62*(6), 813–825. https://doi.org/10.1111/ajo.13599
7. ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, สวนีย์ อ่อนอุบล. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลาภู. หัวหินเวชสาร, 2(1), 1-14.
8. National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. สืบค้นจาก https://www.nhmrc.gov.au/guidelinesforguidelines/nhmrc-and-guidelines สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2567
9. ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-76.
10. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภวกานต์, อารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 127-141.
11. สุพนิต ปัญญาภู, ละมัย เดชสูงเนิน, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ในห้องคลอดโรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร, 42(2), 105-117.
12. นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม. (2560). ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 31(1), 143-15.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 236
ชัย บุญร่วม

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) 249
ธวัชชัย ยุบลเขต วิทยา พลนาคู

การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 259
อัญชลี วิจิตรปัญญา ,สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์ ,อดิศักดิ์ ชัยศิริ ,เพ็ญสุดา ไชยเมือง

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 269
อุกฤษฎ์ บุษบงค์ ,สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ ,กาญจนา นิ่มสุนทร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี 281
บุญถือ พุ่มจันทร์

ผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจต่อความเจ็บปวด แรงกดและปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับของผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ 291
สมานลักษ์ วิรุณพันธ์

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 298
แสงอาทิตย์ วิชัยยา ,เขมิกา สิริโรจน์พร

การพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 312
นุชสิญาภัส ฟูลเน็คกี้

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี 321
เนาวนิตย์ พลพินิจ ,สมไสว อินทะชุบ ,วรัญรดา เชื้อตายา ,ณัฐชยา สิมมะลี

ผลการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 333
มะลัย วรรณอำไพ ,วิภาวี เหล่าจตุรพิศ ,วรรณภา สุระพร ,สุภาพร ชื่นอภัย ,ปิยะธิดา ป้องหาญชัย

การศึกษารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 341
บัณฑิต ดวงดี ,จินตนา พัฒนพงศ์ธร

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 352
สินีนาฏ ลือชูวงศ์ ,พรรณภัค เป็งมี ,ธัญวรัตม์ ถนอมจิตร

ผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ 360
ชรินทร ผ่องกมลกุล ,ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา 2 ราย 370
ทองใบ สุขรี

การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี 378
รังสิมันต์ ทองสวัสดิ์ ,บุญชัย อุดม

ความหลากหลายของพรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่นในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ 393
สุนทรี จีนธรรม ,จีรภัทร์ อัฐจิศิลป์เวท ,พรนภา เตียสุธิกุล ,พัชรี ประสังริโย ,รัชนีวรรณ จีนธรรม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 405
ณัฐวดี ศรีแสนยงค์

ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 414
พรวินท์ ธนินธิติพงศ์ ,รวีพร อุดมก้านตง ,เรืองศรี ศรีสวนจิก

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง: กรณีศึกษา 2 ราย 425
นพน้อย พานิชชา

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดา และภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี 434
ณพัชญา สืบมา

ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์ 444
วรรณิภา ประกอบสิน ,กนกพร ชนะค้า ,ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา ในพื้นที่ อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล 454
วรายุส วรรณวิไล ,สันติพงษ์ ทองหอม

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ... 461
ธิดารัตน์ ศรีตะบุตร

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล 471
วรายุส วรรณวิไล ณัฐสิทธิ์ สองเมือง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 481
กนกกาญจน์ อนันต์ศิริไพศาล

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 37 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป การส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน การบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้นการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด บันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

The Development of A Model to Prevention of Drowning Mortality Among Children Aged Under 15 Years in Taphraya District, Sakaeo Province.

(Received: February 18,2025 ; Revised: March 14,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ชัย บุญร่วม[1]
Chai Boonruam[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยใช้กระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ องค์กรชุมชน ผู้ปกครอง และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ปกครองและเด็กมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้น และและสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันการจมน้ำ เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันการจมน้ำ, เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

ABSTRACT

This study is an action research aimed at developing a model for preventing drowning deaths among children under 15 years old in Taphraya District, Sa Kaeo Province. The research process followed four steps: planning, action, observation, and reflection. The participants included government agencies, community organizations, parents, and children under 15 years old. Data collection tools included questionnaires, interviews, and observation forms. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results showed that after the implementation of the developed model, both parents and children demonstrated a statistically significant increase in knowledge about drowning prevention ($p < 0.001$). Additionally, the children's water survival skills and their behavior in preventing drowning also improved significantly ($p < 0.001$).

Keywords: model development, drowning prevention, children under 15 years old

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ภาระโรคระดับโลก (Global Burden of Diseases) ถึงสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มเด็ก พบว่า การตกน้ำ จมน้ำ เป็นสาเหตุของเสียชีวิตอันดับสอง รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำถึงปีละ 140,219 คน[1] ซึ่งเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุด เนื่องจาก เด็กเล็กสามารถจมน้ำได้ ในระดับน้ำเพียงเล็กน้อย ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 98 ของเด็กที่เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ทั้งหมด[2] และจากข้อมูลดังกล่าว ยังพบว่าส่วนใหญ่การเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ พบในประเทศที่มีรายได้ระดับกลางและต่ำ (low- and middle-income countries) โดยประเทศในทวีปแอฟริกามีอัตราการตายจากการจมน้ำสูงสุดคือ 13.1 ต่อแสนประชากร ขณะที่ประเทศจีน มีอัตราการตายเป็น 12 ต่อแสนประชากร และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีจำนวนการเสียชีวิตจากกรตกน้ำและจมน้ำปีละ 32,744 คน เฉลี่ยวันละ 90 คน

ในประเทศไทย กรมควบคุมโรคเปิดข้อมูลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2555-2565) พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ สูงเป็นอันดับที่หนึ่งของทุกสาเหตุ มีอัตราตาย 4.1 ต่อแสนประชากร โดยมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงถึง 8,394 คน เฉลี่ยปีละ 839 คน หรือวันละ 2.3 คน[3] ซึ่งสถานที่แหล่งน้ำที่เด็กจมน้ำและเสียชีวิตมากที่สุด คือแหล่งน้ำตามธรรมชาติ (ร้อยละ 49.9) สระว่ายน้ำ (ร้อยละ 5.4) และอ่างอาบน้ำ (ร้อยละ 2.4) และพบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า โดยเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุด และยังพบว่าเด็กจะจมน้ำ และเสียชีวิตพร้อมกันครั้งละหลาย ๆ คน เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการเอาชีวิตรอดในน้ำ และวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จึงมักกระโดดลงไปช่วย จากผลการสำรวจพบเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ว่ายน้ำเป็นเพียงร้อยละ 16.3[1]

เขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด (สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี สระแก้ว ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี) พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พ.ศ. 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 61 ราย, 65 ราย, 52 ราย, 66 ราย และ 67 ราย เมื่อพิจารณาแยกตามรายจังหวัด พบว่า อัตราเสียชีวิตเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2561-2565) จังหวัดที่มีอัตราเสียชีวิตมากที่สุดและเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง (สีแดง) คือ จังหวัดสระแก้ว 11.8 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัดตราด 8.8 ต่อแสนประชากร, จังหวัดฉะเชิงเทรา 8.0 ต่อแสนประชากร และจังหวัดปราจีนบุรี 7.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) คือ จังหวัดจันทบุรี 6.4 ต่อแสนประชากร, จังหวัดระยอง 5.0 ต่อแสนประชากร และจังหวัดชลบุรี 4.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พื้นที่เสี่ยงต่ำ (สีเขียว) คือ จังหวัดสมุทรปราการ 2.8 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลอัตราการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของจังหวัดสระแก้ว ปี 2566 พบว่ามีการจมน้ำเสียชีวิตจำนวน 8 ราย คิดเป็นอัตรา 10.7 ต่อแสนประชากร โดยอำเภอที่มีการจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด คือ อำเภอเขาฉกรรจ์ จำนวน 3 คน รองลงมาคือ อำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอคลองหาด อำเภอวังน้ำเย็น อำเภออรัญประเทศ และอำเภอตาพระยา จำนวน 1 คน[4] เมื่อนำข้อมูลการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของอำเภอตาพระยา 5 ปีย้อนหลัง พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 มีจำนวนเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ 2 ราย ซึ่งมีการเสียชีวิตในช่วงปี 2565 และ 2566 ปีละ 1 ราย จากที่ไม่เคยมีอุบัติการณ์เด็กจมน้ำเสียชีวิตมาแล้ว 4 ปี ประกอบกับพื้นที่อำเภอตาพระยาเป็นพื้นที่แห้งแล้ง จึงมีการขุดบ่อน้ำจำนวนมากซึ่งทำให้เกิดเป็นแหล่งน้ำเสี่ยงในพื้นที่[5]

ทั้งนี้ เพื่อลดการสูญเสียก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคมีแนวคิดที่จะแก้ปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ การสร้างทีมผู้ก่อการดีเพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการจมน้ำในทุกมาตรการ และให้เกิดการดำเนินงานโดยความร่วมมือของสหสาขา ใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างเหมาะสม และทีมผู้ก่อการดี

จะต้องมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย 10 องค์ประกอบ แบ่งเกณฑ์การประเมิน เป็น 3 ระดับ คือ รับดับทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง ซึ่งในอำเภอตาพระยา ประกอบด้วย 5 ตำบล ได้มีการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการประเมินทีมผู้ก่อการดี และผ่านการประเมินทีมผู้ก่อการดีในระดับทองแดงทั้ง 5 ตำบล แต่ยังคงมีอัตราเด็กจมน้ำเสียชีวิตในพื้นที่ ส่วนใหญ่เด็กที่จมน้ำอยู่ในช่วงอายุ 6 ปี จากการถอดบทเรียนในพื้นที่พบว่าเด็กที่จมน้ำหรือเด็กที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ว่ายน้ำไม่เป็น และไม่ผ่านการฝึกอบรมการลอยตัวเอาชีวิตรอดในน้ำ เนื่องจากเด็กยังไม่ถึงเกณฑ์การอบรม ผู้ปกครองขาดความตระหนัก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันเด็กจมน้ำ การช่วยฟื้นคืนชีพที่ผิดวิธีเนื่องจากมีความเชื่อที่ผิดๆ เช่น การจับอุ้มพาดบ่า กระทุ่งเอาน้ำออก ซึ่งจะทำให้เสียเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนยังขาดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมทั้งในชุมชนและในบ้าน และยังขาดการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็ก ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ก่อการดีให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น พัฒนาความรู้และทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ทั้งในและนอกชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วขึ้น จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในบริบทของพื้นที่อำเภอตาพระยา อาศัยกระบวนการเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการขั้นตอนการสังเกตการณ์ และขั้นตอนการสะท้อนผลกลับ โดยการส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากกระบวนการดังกล่าว เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนหน่วยงานทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก ซึ่งเป็นการดึงศักยภาพของชุมชนมาแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเอง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผล การดำเนินงานร่วมกันซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพแวดล้อมของการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ประกอบด้วย กระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (planning) เพื่อวางแผนวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดทิศทางและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก การเอาชีวิตรอดในน้ำ การช่วยฟื้นคืนชีพ และปฏิบัติการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งภายในและนอกชุมชน 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และเพื่อนำเข้าขั้นตอนการวางแผน

แก้ไขปัญหาการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อไป ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 20 กันยายน 2567 – 1 กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 127 คนและเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 375 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และใช้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดีเงินและทอง ซึ่งกำหนดให้มีการฝึกอบรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มากกว่า 300 คน เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก การเอาชีวิตรอดในน้ำ การช่วยฟื้นคืนชีพ และปฏิบัติการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งภายในและนอกชุมชน รวมจำนวน 502 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบมี 6 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการเสียชีวิตการจมน้ำอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งระดับเป็นสองระดับ คือ ตอบถูก (1 คะแนน) ไม่ถูก (0 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนระดับความรู้ แบ่งระดับโดยใช้แบบอิงเกณฑ์แนวคิดของ Bloom (1971)[7] มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งระดับเป็นสองระดับ คือ ตอบมี (1 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนระดับความรู้แบ่งระดับโดยใช้แบบอิงเกณฑ์แนวคิดของ Bloom (1971)[7] มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการป้องกันสูง ระดับการป้องกันปานกลาง และระดับการป้องกันต่ำ

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบวัดความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ประกอบไปด้วยข้อมูล 3 ด้าน แบ่งระดับเป็นสองระดับ คือ ตอบถูก (1 คะแนน) ไม่ถูก (0 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนระดับความรู้ แบ่งระดับโดยใช้แบบอิงเกณฑ์แนวคิดของ Bloom (1971)[7] มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ

ชุดที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเอาชีวิตรอดในน้ำ ประกอบไปด้วย 4 ข้อ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 ของแบบประเมินผลการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ภาคทฤษฎี)[8] สำหรับกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งระดับเป็นสามระดับ คือ ตอบได้ (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่ได้ (1 คะแนน) โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 ระดับ ดังนี้

2.34 - 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำอยู่ในระดับปฏิบัติได้

1.67 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำอยู่ในระดับไม่แน่ใจ

1.00 - 1.66 หมายถึง มีการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำอยู่ในระดับปฏิบัติไม่ได้

ชุดที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบประเมินผลการว่ายน้ำเอาชีวิตรอดภาคปฏิบัติ ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 แบบประเมินทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำและพื้นฐานการว่ายน้ำ ลักษะการตอบเป็นการเลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 8 ข้อ

ด้านที่ 2 แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ ลักษะการตอบเป็นการเลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 4 ข้อ

ลักษะการตอบเป็นการเลือกตอบเพียงข้อเดียว ผ่านได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านได้ 0 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนระดับความรู้แบ่งระดับโดยใช้แบบอิงเกณฑ์แนวคิดของ Bloom (1971)[7] มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำดี มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำพอใช้ และมีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำไม่ดี

ชุดที่ 6 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม หรือการสนทนาจากผู้นำชุมชน ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทีมผู้ก่อการดี ในด้านของการป้องกันการจมน้ำ การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง ต้นทุนในการดำเนินงาน การฝึกทักษะการลอยตัวเอาชีวิตรอดในน้ำ ว่ามีการดำเนินการหรือไม่ หรือมีปัญหาส่วนใดในการดำเนินการ และปัจจัยเสริมใดที่ทำให้เด็กจมน้ำเสียชีวิต

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมากกว่า 0.7 ในส่วนแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ในชุดที่ 3-6 นั้นได้นำมาจากกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[8]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารตำราต่างๆ รวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัปดาห์ที่ 3 ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

สัปดาห์ที่ 4 การจัดทำแผนเชิงปฏิบัติการ (Action Plan)

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 ถึง 8 เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งภายในบ้านและรอบๆ บ้าน การสร้างคอกกั้นเด็ก อบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับคนตกน้ำจมน้ำ อบรมให้ความรู้ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับประเภทของแหล่งน้ำเสี่ยง อันตรายจากการเล่นน้ำ การฝึกทักษะการลอยตัวในน้ำ และการฝึกทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชน โดยมีรูปแบบกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำในเด็กให้กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก
2. กิจกรรมเรียนรู้การสร้างคอกกั้นเด็ก
3. กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งภายในบ้านและรอบๆ บ้าน
4. กิจกรรมการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ในวงกว้าง
5. กิจกรรมการฝึกทักษะการลอยตัวในน้ำและทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

3. ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) ระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 9 และ 12 เป็นขั้นตอนการเข้าร่วมสังเกตการณ์ นิเทศ ตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรมและร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ระยะเวลา 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 13 สรุปถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในวงรอบจัดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 14 สรุปปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติดังนี้

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

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis)

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) วิเคราะห์เปรียบเทียบการดำเนินงานอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และการฝึกทักษะการลอยตัวการเอาชีวิตรอดในน้ำกับกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการวิจัยโดยใช้สถิติ t-test

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2567 เลขที่โครงการวิจัย SKPHO 26/2567

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า ในกลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.7) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 37.0) รองลงมาอายุ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.5) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 49.6) รองลงมาการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 29.1) อาชีพหลักเกษตรกรรม (ร้อยละ 54.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 52.8) รองลงมา 5,000-10,000 (ร้อยละ 22.8) โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,955.59 บาท มีบทบาทหน้าที่ในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 43.3) มีการรับทราบการดำเนินงานการป้องกันเด็กจมน้ำ (ร้อยละ 81.1) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กจมน้ำ (ร้อยละ 65.4) และคิดว่ารูปแบบการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำควรมีการพัฒนาต่อ (ร้อยละ 94.5)

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเริ่มจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของพื้นที่ การวางแผน การปฏิบัติแผน การสังเกตการณ์ การสะท้อนผลในการปฏิบัติงาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากสรุปผลการปฏิบัติงานของการดำเนินงาน และได้น้าข้อมูลที ได้จากการสนทนากลุ่มมาประกอบการวิเคราะห์ การศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ในสภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุกว่า 15 ปี ที่ผ่านมาพบปัญหาที่เกิดขึ้นภายในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีหลายปัญหาที่จะต้องแก้ไข เช่น ไม่มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงทั่งในชุมชนและรอบๆ บ้าน ปัญหาเด็กไม่ผ่านการฝึกอบรมการว่ายน้ำในเด็ก ไม่มีการจัดทำคอกกั้นเด็ก และปัญหาของผู้ปกครองที่ขาดความตระหนักในการป้องกันการจมน้ำในเด็กในชุมชน และปัญหาในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับคนจมน้ำที่ไม่ถูกวิธี พบว่าผู้เข้าร่วมมีความเห็นสอดคล้องกับผู้วิจัยในการร่วมมือการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและมีการมอบหมายหน้าที่แก่ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น

1.1 การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดประชุมเวทีเสวนากระบวนการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นขั้นตอนการจัดเวทีประชุมเสวนามีผู้เข้าร่วมจำนวน 55 คน ซึ่งได้ดำเนินการทบทวนเกี่ยวกับปัญหาสาเหตุของเด็กจมน้ำในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาและร่วมค้นหารูปแบบการปฏิบัติในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางน้ำ การมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนและตัดสินใจร่วมกันวางแผนปฏิบัติการโดยนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

1.2 ระยะเวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลาในการดำเนินงานจำนวน 1 วัน โดยทำจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมและทีมวิทยากร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในพื้นที่ กระบวนการดำเนินงานในการป้องกันเด็กจมน้ำในปัจจุบัน และมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีของอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ข้อมูลสรุปผลในการเข้าร่วมการตัดสินใจและเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาซึ่งผลการประชุมได้กำหนดแผนการปฏิบัติงานของการดำเนินงานเพื่อเป็นการป้องกันการจมน้ำในเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปีของอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำในเด็กให้กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก 2) กิจกรรมเรียนรู้การสร้างคอกกั้นเด็ก 3) กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งภายในบ้านและรอบๆ บ้าน 4) กิจกรรมการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ในวงกว้าง 5) กิจกรรมการฝึกทักษะการลอยตัวในน้ำและทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) การจัดกิจกรรมในขั้นตอนการปฏิบัติการมีการแบ่งจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการดำเนินการจัดกิจกรรม ดังนี้

2.1 การประชุมกลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กจำนวน 127 คน เป็นการประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ค้นหาปัญหาที่ผ่านมาและอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว การกำหนดแก้ไขปัญหา แนวทางการการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จัดประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 2 วัน และดำเนินการกำหนดการจัดกิจกรรมไปตามขั้นตอน เป็นขั้นตอนปฏิบัติไปตามแผนการที่ ได้กำหนดจัดกิจกรรมในกลุ่มของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมีผลได้รับจากการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 การอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กทุกคนได้มีการเข้าร่วม ซึ่งมีผู้เข้าร่วม จำนวน 127 คน ในการอบรมวิทยากรได้มีการศึกษาองค์ความรู้ การถอดบทเรียน ซึ่งผู้เข้าร่วมมีความสนใจการแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำครอบคลุมในทุกประเด็นที่ เกี่ยวข้อง โดยเน้นการสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ที่ตกน้ำจมน้ำที่ถูกวิธี

2.1.2 กิจกรรมการสร้างคอกกั้นเด็ก เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการสร้างคอกกั้นเด็กโดยใช้วัสดุที่มีในชุมชน เพราะนอกจากจะช่วยป้องกันเด็กเล็กจมน้ำแล้ว ยังช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งกิจกรรมการสร้างคอกกั้นเด็กได้รับความร่วมมือจากชุมชนร่วมกันจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการสร้างคอกกั้นเด็กไว้ใช้หมุนเวียนกันในชุมชน

2.1.3 กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบริเวณบ้านเรือน ซึ่งการดำเนินงานมีการจัดกิจกรรมสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยงรอบบ้าน ข้างบ้าน และในชุมชน มีการดำเนินการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่เด็ก เช่น

ติดป้ายเตือน บอกถึงระดับความลึกของน้ำหรือบอกถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว หรือสร้างรั้ว และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำที่หาได้ง่ายในชุมชนไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง เช่น ถัง แกลลอนเปล่า ขวดน้ำพลาสติกเปล่า ไม้ เชือก ซึ่งตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนดให้พื้นที่มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงระดับทอง จะต้องมีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวน 20 แห่งต่อทีมตำบล ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยงที่ยังไม่มีการจัดการ และดำเนินการจัดทำป้ายแจ้งเตือนแหล่งน้ำเสี่ยง โดยใช้วัสดุที่สามารถหาได้ในชุมชน

2.1.4 กิจกรรมการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ในวงกว้าง มีการจัดกิจกรรมเพื่อสื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่รับรู้ในวงกว้าง โดยเน้นให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน หรือพื้นที่ดำเนินการเป็นหลัก ได้แก่ หอกระจายข่าวชุมชน รถกระจายเสียง และสื่อสารผ่านทางสื่อออนไลน์ เช่น Line Facebook เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการเน้นให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

2.1.5 ประชุมเพื่อระดมสมองการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสาเหตุ การดำเนินงานการป้องกันเด็กจมน้ำโดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอในที่ประชุม ผลที่ได้รับจากการระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้ 1) ปัญหาจากเด็ก คือ เกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์และเกิดจากระดับพัฒนาการของเด็กเอง 2) ปัญหาจากผู้ปกครอง คือ ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน ไม่มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในบ้าน ความเผอเรอของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และขาดความตระหนักในการป้องกัน 3) ปัญหาจากผู้นำชุมชน คือ ขาดความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงาน ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และไม่เห็นเด็กจมน้ำเป็นปัญหาในพื้นที่ 4) ไม่มีงบประมาณที่ชัดเจน 5) ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์ คือ ขาดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือคนตกน้ำจมน้ำ และขาดป้ายเตือนแหล่งน้ำเสี่ยง 6) ปัญหาด้านบริหารจัดการ คือ ขาดการประสานงานในทีม ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน และขาดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน

สำหรับความต้องการที่อยากให้เกิดขึ้นในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว วิทยากรแต่ละกลุ่มช่วยกันสรุปแล้วเสนอในที่ประชุมได้ดังนี้ 1) ทุกตำบลเป็นตำบลปลอดภัย 2) มีภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ 3) มีการประชาสัมพันธ์ที่ครอบคลุมต่อเนื่อง 4) ประชาชนมีความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำ การช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับคนตกน้ำจมน้ำอย่างถูกวิธี 5) หน่วยงานในตำบลมีการทำงานเป็นทีม 6) มีรูปแบบโครงสร้างแนวทางกระบวนการป้องกันการจมน้ำในเด็กต่ำกว่า 15 ปี 7) มีการดำเนินการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชนอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ 8) หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบลมีการคืนข้อมูลและนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

2.2 การจัดกิจกรรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ การฝึกทักษะการช่วยชีวิตจากการจมน้ำ ทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และฝึกทักษะการลอยตัวในน้ำ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาศัยในพื้นที่อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีประชากรทั้งหมด 3,138 คน จากโรงเรียนทั้งหมด 35 แห่ง ใช้เป็นกลุ่มเป้าหมาย 375 คน เนื่องจากกำหนดยอดกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดีระดับเงินและทอง ซึ่งกำหนดให้มีการฝึกอบรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มากกว่า 300 คน โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเน้นกลุ่มนักเรียนที่ยังไม่ผ่านการฝึกอบรมทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำเป็นการจัดกิจกรรมขึ้นเพื่อเสริมสร้างทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำให้กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 6 วัน และในแต่ละวันจะจัดกลุ่มเป้าหมายในการฝึก แบ่งเป็น 6 รุ่น รุ่นละ 60 คน มีทฤษฎีให้ความรู้เพื่อให้เป็นแนวทางการปฏิบัติและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการป้องกันการจมน้ำ โดยมีการประเมินความรู้ก่อนการอบรมและหลังการอบรม มีการฝึกทักษะการลอยตัวในน้ำและทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ เป็นหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอา

ชีวิตรอด โดยมีการประเมินก่อนฝึกทักษะและหลังฝึกทักษะ

3. การสังเกตการณ์ (Observation)

เป็นขั้นตอนการเข้าร่วมสังเกตการณ์ นิเทศ ตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม จากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มีการนิเทศ ติดตามในขณะที่อาสาสมัครพร้อมชุมชนทำการปฏิบัติงานการป้องกันการจมน้ำในเด็ก โดยรวมบุคคลที่มีความเอาใจใส่ในการปฏิบัติ และมีความรับผิดชอบสูง ซึ่งในการฝึกกิจกรรมทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำให้กับกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการฝึกทักษะเป็นกลุ่มเด็กต้องเพิ่มความเข้มงวดในการฝึกและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของเด็กเป็นหลัก ซึ่งมีเด็กบางกลุ่มที่เคยผ่านการจมน้ำมาก่อน จะมีอาการกลัวน้ำและไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกทีมวิทยากรก่อนต้องดำเนินการปรับวิธีการสอนให้กลุ่มเหล่านั้นคุ้นเคยกับน้ำเพื่อให้เด็กมีสมาธิในการฝึกทักษะนั้นๆ

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการกลับ (Reflection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 มาจัดเวทีสรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนงาน

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานการปฏิบัติงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Mean = 14.51, S.D. = 0.628) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 10.43, S.D. = 1.282) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3.2 การปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Mean = 14.62, S.D. = 0.825) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 13.26, S.D. = 2.801) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3.3 ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Mean = 18.50, S.D. = 0.685) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 14.93, S.D. = 2.301) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3.4 การรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ

ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Mean = 2.63, S.D. = 0.262) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 1.94, S.D. = 0.533) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3.5 ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Mean = 11.50, S.D. = 0.797) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 4.11, S.D. = 3.841) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา ชัยทัศน์ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อธิบายว่า พัฒนาการที่สำคัญของเด็กวัยนี้ คือมีความพร้อมที่จะใช้เหตุและผล มีความรู้ มีความคิดเป็นรูปธรรม[9] ซึ่งสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องโยบายการดำเนินการป้องกันการจมน้ำในเด็กตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2549[10] และได้มีการผลักดันการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายการศึกษาการให้ความรู้ เป็นต้น ทำให้จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กลดลง ส่วนความสัมพันธ์ที่อยู่ระดับต่ำนั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้ถึงแม้จะมีความรู้อยู่ในระดับสูง ก็อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำได้ดีอาจจะมีปัจจัยอื่นๆ เช่น การสร้างแรงจูงใจร่วมด้วยเพราะการพัฒนาทางสังคมของเด็กวัยนี้ คือ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลวัยเดียวกัน ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนเริ่มติดเพื่อน และทัศนคติของเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กในวัยนี้มาก[11] เด็กจึงทำตามกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นไปตามแบบจำลอง PRECEDE ที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วยแต่ความรู้ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม[12]

2. การดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในกลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นกลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำเริ่มต้นจากมีสถานการณ์เด็กจมน้ำเสียชีวิต ในพื้นพื้นที่หน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุขจึงมีการคืนข้อมูล
ทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหา และร่วมกันหามาตรการป้องกัน โดยมีการบูรณาการงานจากหลายภาคส่วน

กิจกรรมประกอบด้วยการสำรวจและจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง ติดตั้งป้าย/อุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ ให้ความรู้ในชุมชน/สถานบริการสาธารณสุข/โรงเรียน สอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด สอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และสื่อสารประชาสัมพันธ์ ทีมผู้ก่อการดีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้สามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถลดการเสียชีวิตเด็กจมน้ำได้

3. ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา ชัยทัศน์ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ[9] พฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียนผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าพัฒนาการที่สำคัญของเด็กวัยนี้ คือ มีความพร้อมที่จะใช้เหตุและผล มีความคิดเป็นรูปธรรม เป็นเหตุผลตามความจริงที่พิสูจน์ได้ ดังนั้น เด็กที่จะมีความคิดที่ใช้เหตุผลค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการจมน้ำจะสามารถวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ โดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอันตรายดังกล่าว เด็กจะสามารถป้องกันตนเองจากการจมน้ำได้ เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์การเล่นน้ำว่ายน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยมีประสบการณ์การเล่นน้ำ ว่ายน้ำ โดยสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างไปเล่นน้ำว่ายน้ำมากที่สุด คือ สระว่ายน้ำ ซึ่งกันการเล่นน้ำในสระว่ายน้ำนั้นมีความปลอดภัยทั้งด้านอุปกรณ์ป้องกันการจมน้ำและมีเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยมากกว่าการเล่นน้ำในแหล่งน้ำตามธรรมชาติต่าง ๆ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะว่ายน้ำไม่เป็น ก็สามารถมีพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำอยู่ในระดับสูงได้และจากแนวคิดแบบจำลองของ PRECEDE ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยซึ่งมีทั้งปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกันและต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำนั้นมาจากปัจจัยหลายด้านประกอบกันทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมทางกายภาพก็มีความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงเช่นกันสอดคล้องกับมาตรการการจมน้ำของเด็กในประเทศไทย[13] ทั้งด้านมาตรการทางด้านผู้ปกครอง มาตรการด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมความปลอดภัย ได้แก่ การสร้างติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันในบริเวณแหล่งน้ำ เช่น การสร้างรั้วล้อมรอบแหล่งน้ำทั้ง 4 ด้าน จัดให้มีป้ายแจ้งเตือนรอบแหล่งน้ำ และจัดให้มีชูชีพหรืออุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ไว้บริเวณรอบแหล่งน้ำ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมีพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำได้ดี

4. ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของก้องสยาม ลับไพรี[14] การพัฒนาหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อ

เอาชีวิตรอดสำหรับการป้องกันตนเองจากการจมน้ำของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น การป้องกันตนเองจากการจมน้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการจัดกิจกรรมพลศึกษาตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีค่าคะแนนการป้องกันตนเองจากการจมน้ำสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางน้ำ

5. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี กระบวนการ PAOR คือ การศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรมและการให้ความรู้ การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จัดเวทีเสวนาเพื่อร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผนนำแผนสู่การปฏิบัติ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสังเกต สัมภาษณ์ จัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนความรู้ คืนข้อมูลและสรุปปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

โดยสรุปพบว่าปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการดำเนินงานของชุมชนมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความกระตือรือร้นได้มากกว่าการปฏิบัติในเมื่อก่อน และสามารถกล่าวได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแบบอย่างเพื่อเป็นต้นแบบในการปฏิบัติการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในกลุ่มพื้นที่อื่นๆ ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. พัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมแก่ทีมผู้ก่อการดี อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครองเกี่ยวกับการช่วยชีวิตและการป้องกันการจมน้ำ ส่งเสริมให้ครูและผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะในการป้องกันอุบัติเหตุทางน้ำ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำในหลักสูตรการศึกษา

2. ปรับปรุงการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน ควรมีมาตรการป้องกันที่ชัดเจน เช่น การติดตั้งรั้วกั้นรอบแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน การทำป้ายเตือน และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้เพียงพอ ควรมีระบบเฝ้าระวังและการตรวจสอบแหล่งน้ำเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการจัดการและดูแล

3. เพิ่มการรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางน้ำผ่านสื่อออนไลน์และสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ รณรงค์ให้ชุมชนและผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังเด็กเล็กที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนร่วมมือกันในการจัดทำโครงการป้องกันการจมน้ำ กระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการจมน้ำ เช่น ความเชื่อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการช่วยชีวิตเด็กที่จมน้ำ

2. ควรศึกษาผลกระทบของการใช้รูปแบบการป้องกันการจมน้ำในระยะเวลา 3-5 ปี เพื่อดูว่ามีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ เปรียบเทียบประสิทธิผลของมาตรการที่ใช้ในพื้นที่ศึกษากับพื้นที่อื่นที่ยังไม่มีมาตรการดังกล่าว

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน และหาแนวทางให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลความปลอดภัยทางน้ำได้ในระยะยาว

4. ควรมีการศึกษาและพัฒนาทีมการดำเนินงานการป้องกันและการจมน้ำในเด็กอายุต่ำ

กว่า 15 ปีระดับจังหวัด ระดับเขต เพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยงที่จะต้องติดตามให้คำปรึกษาแนะนำเครือข่ายทีมระดับอำเภอให้มีการดำเนินงานที่เข้มแข็งต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.

2.ภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. สถานการณ์และมาตรการป้องกันการตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. เรียกใช้เมื่อ 30 มีนาคม 2567 จาก: http://km-bcns.blogspot.com/2015/11/blog-post.html

3.กองป้องกันการบาดเจ็บ กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป กรมควบคุมโรค. ประเด็นข้อมูลสำคัญสำหรับการรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ. เอาชีวิตรอดได้ ช่วยเป็นพื้นที่เส้นปลอดภัยเด็กไม่จมน้ำ. 2563; 63:1-12.

4.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี. รายงานข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2562-2566[เอกสารอัดสำเนา]. ชลบุรี: สำนักงาน; 2566.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. รายงานข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2562-2566 [เอกสารอัดสำเนา]. สระแก้ว: สำนักงาน; 2567.

6.Kemmis S, Taggart RM, Nixon R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.

7.Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

8.กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. แนวทางประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (MERT MAKER PLUs) ปี 2566 ฉบับแก้ไข (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: บริษัท รำไทยเพลส จำกัด; 2566.

9.บุศรา ชัยทัศน์, นนลักขณ์ เอื้อกิจ. พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS

10.สุชาดา เกิดมงคลการ และคณะ. สถานการณ์ตกน้ำจมน้ำของเด็กในประเทศไทย. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.

11.เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

12.Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.

13.ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2549.

14.ก้องสยาม ลับไพรี. การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดรู้ทางกายตามแนวคิดของไวท์เฮดสำหรับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย. (ด.ด. (สุขศึกษาและพลศึกษา)). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1)

Participatory care process for the elderly in the context of Phu Thai Community, Kuchinarai District, Kalasin Province. (phase I)

(Received: February 21,2025 ; Revised: March 14,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ธวัชชัย ยุบลเขต[1] **วิทยา พลนาคู**[1]
Tawatchai Yubonket[1], **Wittaya Phonnakoo**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ 75 คน และผู้สูงอายุ 287 คน ใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผน ประกอบด้วยการถกปัญหาด้วยวิธี ORID และการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค AIC เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเอกสาร แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบบันทึกผลการพัฒนาแผน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.61) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 64.46) แต่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 82.23) ชุมชนมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุได้กำหนดโครงการครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างความมั่นคงทางการเงิน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างระบบการดูแลในชุมชน และการพัฒนาศักยภาพ Care Giver

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ชุมชนภูไท

Abstract

This participatory action research aimed to investigate problems, elderly care contexts, and develop an elderly care plan within the Phu Thai community context in Na Ko Sub-district, Kuchinarai District, Kalasin Province. The study was conducted between April-September 2024. The sample consisted of 75 elderly health management leaders and 287 elderly people. Technology of Participation techniques were used in plan development, including ORID Method for discussion and AIC technique for workshop planning. Data were collected using documentary record forms, structured interviews, and plan development record forms. Data analysis employed content analysis and descriptive statistics.

The findings revealed that the majority of the elderly were female (52.61%), had insufficient income (64.46%), but were self-reliant (82.23%). The community had diverse elderly care networks. The elderly care plan development established four key areas: financial security enhancement, health service system development, community care system strengthening, and Care Giver capacity development.

Keywords: Elderly Care, Participation, Phu Thai Community

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี 2566 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด[1] ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาสำคัญคือข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้นตามอายุ[2] แม้จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์

เหมาะสม แต่มีเพียงร้อยละ 36.9 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ[3] นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง[4] โดยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุจากการสะสมของโรคตั้งแต่วัยกลางคนและการเสื่อมสภาพของร่างกาย[5]

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงถึง 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2565[6] โดยสถานการณ์นี้จะทวีความรุนแรงขึ้นหากไม่มีการศึกษาปัญหาและบริบทพื้นที่อย่างเป็นระบบ อันจะส่งผลให้การวางแผนและจัดบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงการละเลยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่ทำให้การใช้รูปแบบการดูแลแบบเดียวกันทั่วประเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ การดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระของระบบสาธารณสุข มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ตำบลนาโกในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,039 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 ของประชากรทั้งหมด 4,762 คน ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคม โดยลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมส่วนใหญ่เป็นเพียงการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งภาระการดูแลผู้สูงอายุยังคงตกเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ส่งผลให้การดูแลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็น (health needs) และยังพบพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) โดยมุ่งเน้นศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา

ระหว่าง เดือน เมษายน - กันยายน 2567 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พื้นที่ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก โดยกลุ่มแรกคือแกนนำในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 75 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้แทนจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายดนตรีและศิลปินพื้นบ้าน รวมถึงตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มที่สองคือผู้สูงอายุในตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 287 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane[7] จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,013 คน ที่ความคลาดเคลื่อน 5% และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่จะถูกคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลนาโก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยจะถูกคัดออกจากการศึกษาหากไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล ปฏิเสธหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมถึงมีความเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมและขั้นตอนที่ประยุกต์ใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ การถกปัญหาโดยใช้วิธี ORID Method และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุด้วยเทคนิค AIC โดยมีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในกระบวนการ ได้แก่ บัตรคำและกระดาษโน้ตสำหรับบันทึกความคิดเห็น แบบบันทึกการจัดกลุ่มความคิด แผนภาพต้นไม้ปัญหาสำหรับการวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ รวมถึงแบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลเอกสารที่ใช้รวบรวมข้อมูลบริบทชุมชน ซึ่งครอบคลุมประวัติย่อชุมชน ข้อมูลทั่วไป วัฒนธรรมประเพณี และข้อมูลกลุ่มเครือข่ายต่างๆ

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายด้านต่างๆ เช่น สวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม สุขภาพและการแพทย์ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ และการบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาทีต่อราย

2.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ สภาพปัญหาสุขภาพ 5 ข้อ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel ADL 10 ข้อ

2.4 แบบบันทึกผลการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุชุมชนภูไท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การถกปัญหา (รหัส PD-01) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (รหัส PD-02) และการวางแผนปฏิบัติการ (รหัส PD-03) โดยทุกขั้นตอนได้ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมชุมชนภูไท และมีการระบุรายละเอียดการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาชุมชน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านการคำนวณค่า

ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทยที่มีค่าความเที่ยงสูง (α = 0.89) และมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินผ่านการวิเคราะห์ค่า ICC จากผู้ประเมิน 3 คน นอกจากนี้ยังได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความเหมาะสมทางวัฒนธรรมกับบริบทชุมชนภูไท และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ประสานงานและสร้างความเข้าใจกับชุมชน

2. จัดตั้งทีมวิจัยชุมชนจากแกนนำกลุ่มต่างๆ พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือวิจัย

3. ประชุมทีมวิจัยชุมชนในการเก็บข้อมูลร่วมกัน

4. ศึกษาบริบทและสถานการณ์ดำเนินการโดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ

5. จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมภูไท แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและคืนข้อมูลให้ชุมชน

6. จัดเวทีถกปัญหาด้วยวิธี ORID Method ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหา และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเบื้องต้น

7. วิเคราะห์ทรัพยากรและศักยภาพชุมชน กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมกัน จัดทำรายละเอียดกิจกรรมและงบประมาณ พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน

8. จัดเวทีวิพากษ์แผนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ความเป็นไปได้และความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ปรับปรุงแผนตามข้อเสนอแนะ และจัดทำแผนฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการรับรองจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งดำเนินการใน 3 ขั้นตอน เริ่มจากการลดทอนข้อมูลโดยเฟ้นหาประเด็นสำคัญและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ต่อมาเป็นการแสดงข้อมูลโดยคัดเลือกข้อมูลสำคัญมาเป็นหลักฐานประกอบการวิเคราะห์ และสุดท้ายคือการสรุปและยืนยันผลด้วยการสังเคราะห์ข้อสรุปและตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 80/2567 ลงวันที่ 18 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.61) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.08) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.30) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 48.08) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 64.46) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติเป็นครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 44.95) และมีที่พักอาศัยที่มั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 74.91) ด้านสภาพปัญหาการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dL (ร้อยละ 54.36) มีความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับปกติ 120-129 mmHg (ร้อยละ 43.21) และความดันโลหิตค่าล่างอยู่ในระดับปกติ 80-84 mmHg (ร้อยละ 46.69) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 67.25) แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.81) แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็น

โรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 34.15) รองลงมาคือ โรคข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ (ร้อยละ 24.04) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (ร้อยละ 23.34) สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 82.23) สามารถทำกิจกรรมด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ดี โดยเฉพาะการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ร้อยละ 95.82) และการอาบน้ำ (ร้อยละ 95.47) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ห้องน้ำ (ร้อยละ 93.38) และสวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 91.64) อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอยู่ในกลุ่มพึ่งพาตนเองได้บ้าง (ร้อยละ 13.59) และกลุ่มพึ่งพาตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 4.18)

2. การศึกษาบริบทชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ตำบลนาโกมีพื้นที่ประมาณ 47 ตารางกิโลเมตรหรือ 28,128 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 9 หมู่บ้าน ประกอบด้วยบ้านนาโก 5 หมู่บ้าน บ้านชาด 2 หมู่บ้าน และบ้านหวาย 2 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,399 หลัง มีประชากรรวม 5,276 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,649 คน และเพศหญิง 2,627 คน โดยประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4,187 คน คิดเป็นร้อยละ 79.56 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม 629 คน (ร้อยละ 11.95) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 432 คน (ร้อยละ 8.21) และสิทธิอื่นๆ 15 คน (ร้อยละ 0.29) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีกลุ่มเครือข่ายระดับชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 85 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 20 คน ชมรมผู้สูงอายุที่มีสมาชิก 340 คน ชมรมผู้ปลูกสมุนไพร 36 คน หมอพื้นบ้าน 5 คน และปราชญ์ชาวบ้าน 12 คน นอกจากนี้ยังมีองค์กรและสถาบันที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างละ 1 แห่ง โรงเรียนและโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างละ 3 แห่ง วัดหรือสำนักสงฆ์ 11 แห่ง รวมทั้งมีกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ 10 กองทุน และกลุ่มออมทรัพย์หมู่บ้าน 9 กลุ่ม ทั้งนี้ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุของตำบลนาโกครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม มีการจัดสรรเบี้ยยังชีพ กองทุนสวัสดิการชุมชน และปรับปรุงที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพและการแพทย์ มีบริการแพทย์แผนไทย การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองสุขภาพ บริการกายภาพบำบัด และจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมประเพณีต่างๆ ด้านสภาพแวดล้อม มีการปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับในสถานที่สาธารณะ และจัดสร้างลานกิจกรรม และด้านการส่งเสริมอาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพส่งเสริมการประกอบอาชีพและสนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวยนึ่งข้าว กลุ่มดอกไม้จัน กลุ่มเย็บย่ามผ้าฝ้าย และกลุ่มดอกโปยทาน

3. การศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุตำบลนาโก พบว่า จากการจัดเวทีถกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ มีปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 3,000 บาทต่อเดือน ด้านข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ เนื่องจากขาดศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะและมีปัญหาด้านการเดินทาง เช่น การใช้ระยะเวลานานในการเดินทางไปโรงพยาบาล ด้านการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานต่างถิ่นทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง และด้านการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแล โดยพบว่าปัจจุบันมี Care Giver ลงเยี่ยมบ้านเพียง 2 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว นำไปสู่การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ 4 โครงการ ใช้งบประมาณรวม 740,000 บาท ประกอบด้วย โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ งบประมาณ 150,000 บาท มีกิจกรรมสำคัญคือการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ

ระดับตำบลและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวยนึ่งข้าว และกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้งบประมาณมากที่สุด 500,000 บาท เน้นการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน งบประมาณ 30,000 บาท มีกิจกรรมอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และโครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver งบประมาณ 60,000 บาท เน้นการอบรม Care Giver รุ่นใหม่และเพิ่มวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ การดำเนินงานทั้งหมดอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาโก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน เช่น ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีรายได้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 แสดงรายละเอียดในตาราง 1-2

ตารางที่ 1 ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้าน	สภาพปัญหา	แนวทางการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและรายได้	-ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ โดยมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 3,000 บาทต่อเดือน -ขาดการสนับสนุนด้านเครื่องอุปโภคบริโภคจากหน่วยงานภาครัฐ -ไม่มีการรวมกลุ่มทอผ้าฝ้าย จักสานมวยนึ่งข้าว และจัดทำดอกโปยทาน เพื่อสร้างรายได้	- การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนและเพิ่มความมั่นคงทางการเงิน - สนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อทำอาชีพเสริม เช่น ทอผ้า จักสานและพัฒนาทักษะความรู้ด้านอาชีพ - ส่งเสริมการออมเงินอย่างเป็นระบบ	- อบต.นาโก - กลุ่มอาชีพในชุมชน - กลุ่มออมทรัพย์ในชุมชน
ด้านข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ	-ขาดศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ -มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและระบบขนส่งทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลใช้เวลานาน	-จัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล -อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน -จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ -จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	- รพ.สต.นาโก - อสม. - จิตอาสาในชุมชน
ด้านการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	-ขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ -การเข้าถึงสวัสดิการไม่เท่าเทียม -ลูกหลานไปทำงาน ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง -เปลี่ยนจากระบบดูแลในครอบครัวเป็นต้องพึ่งการดูแลจากภายนอก	-จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ -จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุ -เชิญชวนเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ -อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครัวเรือน	- ผู้นำชุมชน - ชมรมผู้สูงอายุ - รพ.สต.นาโก
ด้านการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแลผู้สูงอายุ	-จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ดูแล -CG เยี่ยมบ้านเพียง 2 วัน/สัปดาห์ ไม่เพียงพอต่อความต้องการ	- รับสมัครและอบรม CG เพิ่มเติม - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ CG อย่างต่อเนื่อง - จัดทำระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสม -เพิ่มจำนวนวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ -สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงาน CG รายใหม่ -จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ CG -จัดตั้งกลุ่มไลน์หรือช่องทางสื่อสารระหว่าง CG เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์	- อบต.นาโก - รพ.สต.นาโก - แกนนำชุมชน

ตารางที่ 2 แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภูไท

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1.โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรม: 1.จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบล 2.อบรมและจัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ (ทอผ้าจักสาน ดอกไม้ประดิษฐ์) 3.จัดทำแผนธุรกิจและหาตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ 4.อบรมการวางแผนการเงินและการออม	1.เพื่อสร้างระบบการเงินและการออมที่มั่นคง 2.เพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้และพัฒนาอาชีพที่เหมาะสม 3.เพื่อพัฒนาทักษะการบริหารจัดการการเงินและการออม	ผู้สูงอายุที่มีความพร้อม	1.ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีรายได้เพิ่มขึ้น 2.จำนวนกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุมีการดำเนินการต่อเนื่อง 3 กลุ่ม 3.ร้อยละ 90 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีเงินออมเพิ่มขึ้น
2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรม 1.จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล 2.จัดหารถรับ-ส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล 3.จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ 4.จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุและการติดตามสุขภาพ 5.จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชน	1.เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ 2.เพื่อสร้างระบบการติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพในชุมชน 3.เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4.เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ	ผู้สูงอายุทุกคน	1.ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี 2.ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 3.มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล
3.โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรม 1.อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2.จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3.จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ 4.อบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ 5.จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว	1.เพื่อสร้างระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2.เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลแก่ครอบครัวและชุมชน 3.เพื่อส่งเสริมการร่วมกิจกรรมทางสังคม 4.เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้สูงอายุและครอบครัว	1.ร้อยละ 80 ของครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 2.ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอ 3.จำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 20 คน
โครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver กิจกรรม 1.รับสมัครและอบรม CG รุ่นใหม่ 2.จัดทำระบบพี่เลี้ยงและการสอนงาน 3.พัฒนาระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ 4.จัดทำคู่มือปฏิบัติงานและแนวทางการเยี่ยมบ้าน 5.สร้างเครือข่ายและระบบสื่อสารระหว่าง CG	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ Care Giver 2.เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ Care Giver 3.เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการและสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับ Care Giver 4.เพื่อสร้างเครือข่ายและระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง Care Giver	อาสาสมัครและ Care Giver	1. Care Giver ผ่านการอบรมตามมาตรฐานทุกคน 2.อัตราการคงอยู่ของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3.ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สรุปและอภิปรายผล

จากศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลนาโกส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และการประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้ปัญหามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายด้านทั้งการมีที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย และมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ จนเกิดปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ประกอบกับการที่ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างถิ่นทำให้มีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ส่งผลให้มีกลุ่มที่ต้องการความ

ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพปัญหาที่พบสอดคล้องกับการศึกษาของนิวัฒน์ สาระขันธ์[8] ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ประสบปัญหาหลักด้านเศรษฐกิจคือรายได้ไม่พอเพียงและขาดอาชีพเสริม และมีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา ค้าขึ้น[9] ที่พบว่าข้อจำกัดด้านการศึกษาและรายได้ส่งผลต่อความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงสอดคล้องกับทัศนีย์ ขาว และคณะ[10] ที่พบว่าการขาดผู้ดูแลและการอยู่ตามลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง อย่างไรก็ตามชุมชนตำบลนาโกมีบริบทชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นชุมชนภูไทที่ยังคงรักษาเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมไว้อย่างเข้มแข็ง มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบกับการมีเครือข่ายการดูแลที่หลากหลาย ทั้งผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, หมอพื้นบ้าน และปราชญ์ชาวบ้าน รวมถึงมีองค์กรสนับสนุนทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีนโยบายครอบคลุม ทั้งด้านสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม สุขภาพและการแพทย์ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อม และการส่งเสริมอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของพูลศักดิ์ หอมสมบัติ และคณะ[11] ที่เสนอว่าการดูแลผู้สูงอายุควรตั้งอยู่บนพื้นฐานการเห็นคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญาและการทำประโยชน์ให้สังคม จากสภาพปัญหาและบริบทชุมชนดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม เริ่มจากการจัดเวทีถกปัญหาที่ทำให้ได้ปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การขาดผู้ดูแลในครอบครัว และการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแล หลังจากนั้นมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิด AIC ได้แผนดูแลผู้สูงอายุจำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบลและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวยนึ่งข้าว และกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ 2) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล 3) โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นกิจกรรมอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และ 4) โครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver เน้นการอบรม Care Giver รุ่นใหม่และเพิ่มวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้แผนดังกล่าวมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงบประมาณ และตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน การพัฒนาแผนดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจักรพงษ์ พระสุรัตน์ และคณะ[12] ที่พบว่าการใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ทั้งการรับฟัง แสดงความคิดเห็น และร่วมปฏิบัติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับไพริน ศิริพันธ์[13] ที่พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายและการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดีขึ้น รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของวรชาติ โชครัศมีดาว[14] ที่เสนอแนวทางการเพิ่มความมั่นคงทางการเงินผ่านการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนและการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม โดยสรุปในการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุครั้งนี้ เป็นผลมาจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยคำนึงถึงสภาพปัญหา ทุนทางสังคม และศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจักรพันธ์ พรมฉลวย และคณะ[15] ที่เสนอให้บูรณาการหลักการ "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" ในการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

1.1 ควรเร่งดำเนินการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบลตามแผนงานที่ได้ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน

1.2 ควรจัดสรรงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนด

1.3 ควรผลักดันการดำเนินงานกลุ่มอาชีพที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวยนึ่งข้าว กลุ่มดอกไม้จัน กลุ่มเย็บย่ามผ้าฝ้าย และกลุ่มดอกโปยทาน

1.4 ควรสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ Care Giver รุ่นใหม่ตามแผนที่กำหนด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 ควรปรับระบบการเยี่ยมบ้านของ Care Giver จาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ตามแผนที่กำหนด เพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ

2.2 ควรจัดระบบการคัดกรองสุขภาพให้ครอบคลุมโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะเบาหวาน, โรคข้อเสื่อม และภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3 ควรบูรณาการระบบบริการสุขภาพกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยประสานกับหมอพื้นบ้าน และปราชญ์ชาวบ้านที่มีอยู่ในชุมชน

2.4 ควรร่วมกับ อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง

3 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำชุมชน

3.1 ควรผลักดันโครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3.2 ควรประสานกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญา

3.3 ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ปลูกสมุนไพร และเครือข่ายผู้นำชุมชน

3.4 ควรส่งเสริมให้วัดและสำนักสงฆ์เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมทางวัฒนธรรมภูไทสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะการประเมินผลลัพธ์ของ 4 โครงการหลัก ได้แก่ โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงิน โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และโครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภูไท โดยเน้นการถอดบทเรียนจากหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญา เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม

3. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนภูไท โดยวิเคราะห์ทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปีจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมอนามัยภายใต้แนวคิด "สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว" ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th
3. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณาธิการ. สถานะสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/report/report2_7.pdf
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th
5. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย. สถานการณ์งานอนามัยผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น:กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/report/report2_7.pdf
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สปสช.
7. Yamane T.(1973). Statistics: An introduction analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row International; 1973.
8. นิวัฒน์ สาระขันธ์.(2567). การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์. J Roi Kaensarn Academi. 9(4):123-36.
9. สุนิสา ค้าขึ้น.(2563). ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(2):104-20.
10. ทัศนีย์ ขาว, กาญจน์ สุนภัส บาลทิพย์, ศศิธร ลายเมฆ, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ.(2567). การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 44(2):29-41.
11. พูลศักดิ์ หอมสมบัติ, สุกัญญา แช่มช้อย, ศักดิ์ชัย เพชรสิงห์.(2565). โรงเรียนผู้สูงอายุ: การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย. 6(2):540-51.
12. จักรพงษ์ พระสุรัตน์, วิรัติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอเสนานิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6(4):184-98.
13. ไพริน ศิริพันธ์.(2566). ประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดตราด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 19(3):37-48.
14. วรชาติ โชครัศมีดาว.(2566). ความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุในประเทศไทย. J Roi Kaensarn Academi. 9(6):45-58.
15. จักรพันธ์ พรมฉลวย, วรวุฒิ เพ็งพันธ์, สุวิชัย โกศัยยะวัฒน์.(2567). การบูรณาการศาสตร์พระราชาเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. J Soc Sci Humanit ResAsia. 30(1):57-74.

การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

Development of a psychosocial therapy program using positive psychology and learning In schizophrenia patients with severe aggressive behavior.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

อัญชลี วิจิตรปัญญา[1] สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์[1] อดิศักดิ์ ชัยศิริ[1] เพ็ญสุดา ไชยเมือง[1]
Anchanlee Wichitrapanya[1] Sunantha Phonladechasawat[1] Adisak Chaisiri[1] Pensuda Chaimueang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) พัฒนาโปรแกรม 2) ทดลองการใช้โปรแกรมและ 3) ทดสอบผลการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต(WHOQOL–BREF–THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Repeated Measure ANOVA และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ มีเป้าหมายหลัก เพิ่มความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน แตกต่างกัน ($F = 29.9$, $p < .001$; $F = 0.025$, $p < 0.87$) ตามลำดับ

คำสำคัญ จิตวิทยาเชิงบวก ,การเรียนรู้ ,โรคจิตเภท ,พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

Abstract

These quasi experiment research aimed to develop the effects of a positive psychology and learning psychosocial therapy program in patients with schizophrenia with severe aggressive behavior. The program divided into 3 phases: 1) Develop program 2) Test the program, and 3) test the results of the program. The participants were 30 schizophrenia patients who admitted to the inpatient department at Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

The research instruments consisted of A positive psychology and learning psychosocial therapy program , Prasri Violence Severity Scale (PVSS) and Quality of life scale l(WHOQOL–BREF–THAI). The data were analyzed using descriptive statistics, repeated measure ANOVA, and content analysis. The results of the research positive psychology and learning psychosocial therapy programs aimed to increase your positive self-perception. The study showed that the differences in mean scores of aggressive behavior and mean scores of quality of life between the experimental and control groups before and after the end of the program at 1-month follow-up were statistically significant ($F = 29.9$, $p < .001$; $F = 0.025$, $p < 0.87$), respectively.

Keywords: Positive psychology, learning, psychopathology, aggressive behavior

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่มีคำพูดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะทำการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สินได้ ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยอาจแสดงอาการก้าวร้าว

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

รุนแรง ได้แก่ ท่าทางตึงเครียด ไม่เป็นมิตร ตัวเกร็ง กำมือ กำหมัด ไม่ผ่อนคลาย ถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช[1] จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ระหว่างปี 2564 - 2566 จำนวน 677, 494 และ 596 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทุกรายมีพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพูดจาหยาบคาย การดุด่าคนอื่น การแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคล มีอาการหงุดหงิดมาก อาละวาดทำลายข้าวของ และจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในพบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง คือ การตำหนิตนเอง อารมณ์ซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 0.59 0.81 และ 0.33[2] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (First psychotic episodes) อยู่ระหว่างร้อยละ 65 – 80 และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า มีเพียงร้อยละ 4-20 สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 32.9[1]

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนี้ 1) ถูกสังคมปฏิเสธ ร้อยละ 82.71 2) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร้อยละ 72.41 3) บกพร่องการทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม ร้อยละ 64.57 4) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง ร้อยละ 56.48 5) ค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำ ร้อยละ 27.45 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ เป็นตราบาป โดดเดี่ยว อ้างว้าง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง เช่น ตำหนิตัวเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น[3] โรคจิตเภทที่มีอาการทางบวกเมื่อมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ผู้ป่วยมีแนวโน้มหลงผิด เห็นภาพหลอน มีการกระทำรุนแรงตามมา เช่น หลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย จึงทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพื่อป้องกันตนเอง หรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น[4] และพบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการซึมเศร้ากับอัตราการเกิดของภาพหลอนและความหลงผิด ซึ่งเป็นไปได้ว่าในประชากรทั่วไปหากมีอาการซึมเศร้าก็สามารถที่จะเกิดการหลงผิดหรือเกิดภาพหลอนขึ้นได้ ข้อมูลจากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 30 แฟ้ม พบว่า มีอาการหลงผิด หูแว่ว คิดเป็นร้อยละ 86.66 และรู้สึกเศร้า คิดเป็นร้อยละ 13.33[5] นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้รับการดูแลโดยจัดการแบบรายกรณี หรือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวช[6] ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ การกลับไปสู่ชุมชนและทำร้ายตนเองจนถึงขั้นเสียชีวิตจากความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จะมุ่งเน้นไปที่การทำลายทัศนคติเชิงลบต่อความเจ็บป่วยและชีวิตของตัวเองเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงทัศนคติเชิงลบที่พยายามจัดการกับปัญหาโรคจิตเภทที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอีกด้วย[7,8,9] และวิเคราะห์ข้อด้อยของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่าเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นไปเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในทุกกลุ่มผู้ป่วย และการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่ได้มีเพียงการทำร้ายผู้อื่นแต่มีการทำร้ายต่อตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การป้องกันหรือชะลอการเกิดอาการทางจิต สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการควบคุมตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มุ่งเน้นการสร้างเสริมอารมณ์ทางบวก มองโลกในด้านดี มองเห็นจุดเข้มแข็งภายในตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการสร้างสุขอันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะ

ที่ดี[10,11,12] จากการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่พัฒนามาจากแนวคิด Cognitive behavior therapy ร่วมกับ Self control ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผลต่อเนื่อง ยังได้ผลไม่ครอบคลุม ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการกำกับดูแลคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขรวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการพยาบาล (situation analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการพยาบาล โดยสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ จากการวิเคราะห์ปัญหา (Problem analysis) วิเคราะห์ความต้องการ (Need analysis) การวิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (Current practice analysis) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,767 แฟ้ม จากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 30 แฟ้ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแล/ญาติ ,กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลในหอผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มละ 10 คน และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รูปแบบจิตวิทยาเชิงบวก การเรียนรู้และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

1.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย และต่างประเทศ ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ พบว่า มีงานวิจัยส่วนใหญ่จำนวน 10 เรื่อง มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง อยู่ในระดับ 4 (Level 4.c) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยโดยใช้รูปแบบผสมผสาน และการวิจัยเชิงสำรวจ มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่องอยู่ในระดับ 3 (Level 3.e)งานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ งานวิจัยจำนวน 5 เรื่องอยู่ในระดับ 2 (Level 2.c) ซึ่งเป็น งานวิจัย Quasi-experimental research และงานวิจัยต่างประเทศ 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับ 1 (Level 1.a)

1.3 การจัดทำร่างโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้นแบบ ที่พัฒนามาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman[13] ผสมผสานกับแนวคิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bruner(1963) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

1.ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้

ปรับโปรแกรมดังนี้ 1) การเพิ่มกิจกรรมหรือคำถามที่สื่อชัดเจนอาจปรับในข้อ 3, 2) ประสบการณ์ที่มอบความหมายให้กับชีวิตและส่งผลต่อการข้ามผ่านอุปสรรคในชีวิต, 3) ทบทวนความแตกต่างระหว่างจุดแข็งและคุณเก่ง ควรเลือกใช้คำใดคำหนึ่ง เป็นต้น นำไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Item Objective Congruence : IOC) ได้เท่ากับ 0.67 - 1

2.การนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์

3 ปรับปรุงโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ ดังนี้ 1) ทบทวนความแตกต่างระหว่างจุดแข็งและคุณเก่ง ควรเลือกใช้คำใดคำหนึ่ง 2) ปรับกิจกรรมหรือคำถามที่สื่อชัดเจนมากขึ้น เช่น ประสบการณ์ที่มอบความหมายให้กับชีวิตและส่งผลต่อการข้ามผ่านอุปสรรคในชีวิต

ระยะที่ 3 การทดสอบผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การทดสอบผลโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำ (Repeated measurements) ประชากรผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะ Pre-discharge phase กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G* Power Analysis ใช้ Test family เลือก F-tests, Statistical test เลือก ANOVA: Repeated measures, within factors) กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือมีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกาย และเกณฑ์การออกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง หรือไม่สามารถอยู่ร่วมจนเสร็จสิ้น เช่น ได้กลับบ้าน ถูกส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการ 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที ผลการประเมินคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Item Objective Congruence : IOC) ผลอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.0 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) พัฒนาขึ้นโดยหวาน ศรีเรือนทองและคณะ (2559) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)ประกอบด้วย 2 มิติองค์ประกอบ 1) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น 2) พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ความเที่ยงหรือความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) =.89 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL–BREF–THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน

และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจง โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk ได้ค่า sig มากกว่า 0.05 โดยในกลุ่มทดลอง = 0.168 และกลุ่มควบคุม = 0.213 จึงถือว่าเป็นการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และคุณภาพชีวิตในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และผลการทดสอบความแปรปรวน Compound Symmetry ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่า Mauchly's W = 0.913 ค่า Sig = 0.293 สรุปได้ว่าความแปรปรวนเป็น Compound Symmetry ซึ่งถือว่าไม่เป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed และคุณภาพชีวิตได้ค่า Mauchly's W = 0.365 ค่า Sig = 0.001 สรุปได้ว่าไม่มีความแปรปรวนเป็น Compound Symmetry ซึ่งถือว่าเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Greenhouse-Geisser

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของกรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 001/2567 ลงวันที่ 2 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1.สภาพปัญหา สถานการณ์ ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

1.1. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย พบสาเหตุพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จากสาเหตุดังนี้ 1) ถูกตำหนิต่อว่า 2) ทุกคนไม่ให้ความสำคัญ 3) ไม่ได้รับความสนใจ 4) คำพูดที่ไม่เข้าใจกัน และการแสดงความน้อยใจ เสียใจ มีดังนี้ 1) กรีดตามร่างกาย 2) ร้องไห้คนเดียว 3) ผูกคอ 4) เดินหนี 5) กินยาเกินขนาด และผู้ดูแล/ญาติ จำนวน 10 คน พบว่า สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีดังนี้ 1)น้อยใจที่ถูกตำหนิ 2)ไม่ได้ตามที่ต้องการ 3) หูแว่วเป็นเสียงมาสั่งให้ทานยาให้หมด 4)เวลาบอกให้ช่วยงานผู้ป่วยก็เข้าใจว่าบ่น

1.2. ผลจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 คน ดำเนินการ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60 – 120 นาที พบประเด็นของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนี้ 1) ควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจนมากขึ้น 2) มีการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันไปในทิศทางเดียวกัน 3) การประเมิน ให้การดูแลบำบัดฟื้นฟูรวมทั้งป้องกันการกลับไปก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ 4) การทำความเข้าใจของคำว่า "ผู้ป่วยโรคจิตเภท SMI-V และ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง" ให้แก่บุคลากร 5) การกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดยเฉพาะต่อตนเอง ให้มีผลลัพธ์เท่ากับ 0 และ 6) ควรมีโปรแกรมเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เนื่องจากความซับซ้อนของโรคแตกต่างจากโรคอื่นๆ ไม่ควรใช้โปรแกรมแบบเดียวกัน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลในหอผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 คน ดำเนินการ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60 – 120 นาที พบประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนี้ 1) ความต้องการในการมีแนวทางที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในทุกพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 2) การประเมินสังเกตอาการและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) ต้องการโปรแกรมที่เฉพาะเพื่อป้องกันการกลับมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง 4)การให้บริการมีเพียงการประเมิน

ด้วย 9Q, 8Q และ SAVE รวมทั้งการจัดสถานที่และใส่เสื้อสีเพื่อเฝ้าระวัง 5)ต้องการองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังอาการทางจิตทุเลา

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พัฒนามาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman[13] ผสมผสานกับแนวคิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bruner[14] ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม มีองค์ประกอบ 1) รูปแบบโปรแกรม เป็นรายกลุ่มโดยกิจกรรมๆ ละ 90 นาที โดยดำเนินการครั้งละ 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรมของโปรแกรมฯ

สำหรับการพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้นได้ทดลองใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามเกณฑ์ จำนวน 10 คน

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนหลังสิ้นสุดและติดตามผล 1 เดือน ดังตารางที่ 1

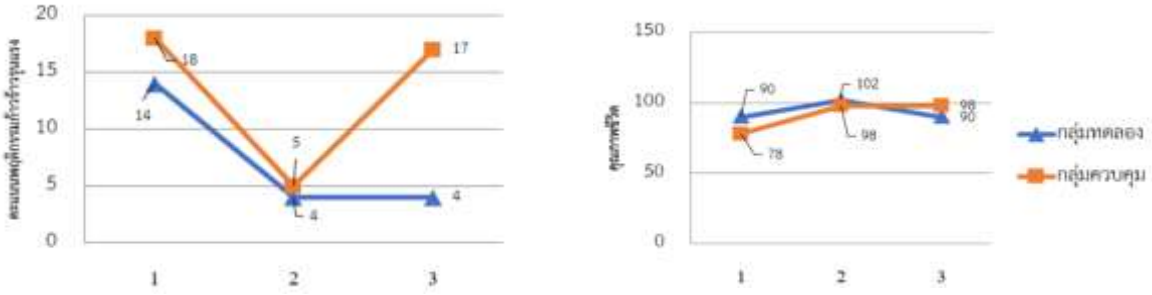
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน หลังสิ้นสุดและติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง					คุณภาพชีวิต				
	SS	df	MS	F	P	SS	df	MS	F	P
ภายในกลุ่ม(เวลา)										
ระยะเวลา	1581.9	2	790.9	62.0	<.001	4536.2	1.2	3708.4	22.2	<.001
ระยะเวลา X กลุ่ม	275.2	2	137.6	10.8	<.001	1382.6	1.2	1130.3	6.7	.010
ความคลาดเคลื่อน (เวลา)	713.4	56	12.7			5704.5	34.2	166.5		
ระหว่างกลุ่ม										
กลุ่ม	537.7	1	537.7	29.9	<.001	14.4	1	14.4	0.025	0.87
ความคลาดเคลื่อน	503.3	28	17.9			16094.9	28	574.8		

ตาราง 3 ความแตกต่างรายคู่ของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons แบบ Bonferroni Correction

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std.Error	p-value	ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std.Error	p-value
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง					**คุณภาพชีวิต**				
T0	T1	10.20	.921	.000	T0	T1	-16.90	3.125	.000
	T2	6.13	1.03	.000		T2	-12.00	3.036	.000
T1	T2	-4.06	0.79	.000	T1	T2	4.90	1.178	.001

T0 = ระยะก่อนการทดลอง, T1 = ระยะหลังการทดลอง, T2 = ระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 1-2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะการติดตามผล 1 เดือน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะการติดตามผล 1 เดือน พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 29.9$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 0.025$, $p > .05$) (ตาราง 2)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบของ Bonferroni Technique พบว่ามีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันที (คู่ที่ 1) 2) ระยะก่อนทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 2) 3) ระยะหลังทดลองทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันที (คู่ที่ 1) 2)ระยะก่อนทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 2) และ 2) ระยะหลังทดลองทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 3) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 3) และทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะการติดตามผล 1 เดือน และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันในระยะการติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้ ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทุกรายมีพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพูดจาหยาบคาย การดุด่าคนอื่น การแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคล มีอาการหงุดหงิดมาก อาละวาดทำลายข้าวของ และจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในพบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง คือ การตำหนิตนเอง อารมณ์ซึมเศร้า การทำร้ายตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

(First psychotic episodes) อยู่ระหว่างร้อยละ 65 – 80 และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า มีเพียงร้อยละ 4-20 สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 32.9[4] จากการทบทวนผลการศึกษาพบว่า ความเข้าใจในเชิงลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท[15] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำเทคนิคแนวคิดหรือกลยุทธ์ของ แนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman[13] ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง การให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงไปสู่ความคิดและการกระทำในเชิงบวก รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ร่วมกับผสมผสานกับแนวคิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bruner[14] ที่เห็นว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้เรียนจะต้องลงมือปฏิบัติและสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง โดยมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์หรือความรู้เดิม ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขโดยเป็นอีกแนวทางที่ลดความเข้าใจเชิงลบและอาการซึมเศร้า

ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าการนำจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้มาผสมผสานกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ มีความเข้าใจความหมายในการมีคุณค่าของชีวิต จัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น เมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข ผลที่ได้รับ คือ จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เกิดเป็นความสุขตามมา ซึ่งได้ผลการศึกษาทำนองเดียวกับ Boo Koree Ma Ming and Winika Kongsuwan[16] Atcha Railoy et al.[17] Kitiporn Promma and Rangsiman Sunthornchaiya[18] Ananpatiwet S, Pengsangiam W.[19] ที่พบว่าการรับรู้และตระหนักถึงความคิดความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับการฝึกประยุกต์ใช้ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวันส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงมีการแสดงออกของอารมณ์หรือการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kitikorn Phromma[18] ที่แสดงว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการเข้าโปรแกรมได้นำแนวคิดจากทฤษฎี PERMA ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสุขและสุขภาวะส่งเสริมความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลต่อบุคคลให้เรียนรู้ถึงการมีอารมณ์เชิงบวก อารมณ์ความสุขและอารมณ์เชิงลบจะทำให้มีอาการซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะสามารถค้นหาสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ สนับสนุนลักษณะเชิงบวก เพิ่มความเข้มแข็งและพรสวรรค์ ความเมตตาและการรู้จักให้อภัย ที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรม จนเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น[19]

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อจำกัดเรื่องตัวแปรตาม ในการวิจัยครั้งนี้ต้องการประเมินเรื่องของภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในสามของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จึงอาจทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการทำวิจัยครั้งนี้

2. ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นการใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ในข้อที่ 2 และภาพรวมมาเป็นคะแนน เพื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรตามในงานวิจัย หากจะให้งานมีประสิทธิผลมากกว่านี้ควรวัดภาวะซึมเศร้าโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีจัดอบรมการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกกับการเรียนรู้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆและชุมชนเพื่อขยายผลของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ควรทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรง เนื่องจากคำว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมักจะเข้าใจและหมายถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและข้าวของ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการวัดผลระยะยาว เช่น 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อติดตามระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและเพิ่มคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย จาก ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Chariya Prasan.(2023).Nursing of schizophrenic patients with aggressive behavior: a case study report. https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_ 9000. pdf
2. Nursing Mission Group (2024). Annual Report of Nursing Mission Group 2024. Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Loei.
3. Sudaporn Stithyudhakarn.(2018). Depression in Patients with Schizophrenia: Special Issue in Nursing Practice. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, (30)3: 1-13.
4. Namsoot J, Nimuan C. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. Chula Med J 2016 Nov – Dec; 60(6) : 641 – 53.
5. Nursing Mission Group (256 7). Nursing quality indicators. Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Loei.
6. Clinical Committee .(2023). Guidelines for caring for schizophrenia patients with severe aggressive behavior. Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Loei.
7. Maryla S. & Agnieszka Z. (2018). Positive interventions in the therapy of schizophrenia patients. Curr Probl Psychiatry, 19(4), 1-9. https://doi:10.2478/cpp-2018-0018.
8. Ming-Wen Tang, Yin Cheng, Yan-Hong Zhang, and Shou-Juan Liu. (2023). Effect of a Positive Psychology Expressive Writing on Stigma, Hope, Coping Style, and Quality of Life in Hospitalized Female Patients with Schizophrenia: A Randomized, Controlled Trial. Perspectives in Psychiatric Care. 1; 1577352. https://doi.org/10.1155/2023/157735219. Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses'perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. International Emergency Nursing, 22(3), 134-139.
9. Isabela Pina, Catarina de M. Braga, Tulio F.R. de Oliveira, Camila N. de Santana, Rodrigo C. Marques and Leonardo Machado.(2021). Positive psychology interventions to improve well-being and symptoms in people on the schizophrenia spectrum: a systematic review and meta-analysis. Braz J Psychiatry.43(4):430-437. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1164

10. Delaney, L., Harmon, C., & Redmond, C. (2011). Parental Education, Grade Attainment and Earnings Expevtations: Evidence from University Student. Economics of Education Review, 30(6), 1136-1152.
11. Watcharaporn Sriruen , Phattharaphorn Tungpankam, and Woranuch Kitsombun .(2020). Effectiveness of psychosocial interventions for people with schizophrenia in the clinical presentation: a systematic review. M.P.T.. https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:95206
12. Chanthanit Simawarangkun .(2020). Positive psychology based program in schizophrenia patients. Walailak Journal of Humanities and Social Sciences under Royal Patronage, 15(1), 44-58.
13. Seligman, M. E. P. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Free Press.
14. Bruner, J. S. (1963). The Process of Education. Cambridge, MA: Harvard University Press.
15. Ketchai, S., Sitthimongkol, Y., Vongsiriman, N., & Petrasuwan, S. (2012). Predictors of depressive symptoms in individuals with first-episode schizophrenia. Journal of Nursing Science, 30(4), 90-101. (In Thai).
16. Boo Koree Ma Ming and Winika Kongsuwan. (2023) Management model of aggressive behavior in schizophrenia patients: A systematic review of the literature. Journal of Narathiwat Rajabhat University, 15(1), 62-97.
17. Atcha Hara Yoloy, Thianthong Harabut, Kotchaporn Saisut, Wanna Kwanmuang, Narumon Sri-arson, and Pathama Kitisri Waraworaphan . (2024). Development of a psychosocial therapy program to reduce aggressive behavior in patients with schizophrenia. 38(1).94-114.
18. Kittikorn Promma and Rangsiman Sunthornchaiya .(2022) . Positive psychology therapy in schizophrenic patients with depression: a case report. Naval Medical Journal. 49(2), 434 – 445.
19. Eua-Yat Chu-Chuen, Su -Kita Wirun and Wimon Nuch-sawat.(2014).The effect of group therapy program on self-esteem of chronic psychiatric patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 28(3), 13-25.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

Development of Self Mental Health Care Model for the Elderly in Community, Mueang Kanchanaburi District, Kanchanaburi Province.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

อุกฤษฎ์ บุษบงค์[1] สัณฑ์ภณ ตะพังพินิจการ[2] กาญจนา นิ่มสุนทร[3]
Ukrit Bussabong[1] Sunnphon Taphangphinijkarn[2] Kanchana Nimsuntorn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 2)เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ 3) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ 4) ประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนธันวาคม 2567- เดือนมกราคม 2568เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค ตามลำดับดังนี้ 0.86, 0.89 และ 0.93 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม รูปแบบการดูแลสุขจิตตนเองของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้ paired sample t-test

ผลการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 57.26 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.46, S.D.= 0.54)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพจิต, รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเอง, กาญจนบุรี

ABSTRACT

This research was a research and development (R&D) study aimed to: 1) examine the situation, problems, and needs regarding elderly mental health self-care, 2) develop an elderly mental health self-care model, 3) study the effectiveness of the model, and 4) evaluate satisfaction levels with the model. The research was conducted between December 2024 and January 2025. Research instruments included focus group discussion guidelines, a quality assessment form, an effectiveness evaluation form assessing mental health self-care behaviors, and a satisfaction assessment form. The content validity ranged from 0.67-1.00, with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.89 and 0.95 respectively. Data analysis employed content analysis, frequency, percentage, mean ($\bar{X}$), standard deviation SD, and paired sample t-test.

Results showed a statistically significant difference ($p<.05$) in elderly mental health self-care behavior scores before and after model implementation. Key findings revealed: 1) activities met objectives and expectations, were easily

[1] สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

[2] วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3] วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author

implemented by the elderly, showed quick results, and engaged families, 2) outcomes demonstrated improvements in social relationships, communication skills, physical mobility, health discipline, emotional control, memory, and concentration, 3) success factors included motivated Village Health Volunteers (VHV) with good relationships with the elderly, flexible and practical activities, and elderly cooperation, and 4) sustainability guidelines emphasized finding understanding leaders and maintaining regular activities. Village Health Volunteers (VHV) satisfaction with the model was high (mean ($\overline{X}$) = 4.46, SD = 0.54).

Keywords: Elderly, Mental Health Care, Mental Health Self-care Model, Kanchanaburi

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในสังคมไทย โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น จาก 1.3 ล้านคน ในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคน ในปี 2566 ซึ่งหากพิจารณาในรายละเอียด จะพบประเด็นที่มีความน่ากังวล กล่าวคือ แม้ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2.9 ล้านคน แต่ผู้มีปัญหาอาจมากถึง 10 ล้านคน ทำให้สัดส่วนผู้มีปีมีมีปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก และสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่ไม่ได้เข้ารับรักษาเป็นจำนวนมาก 2) ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมีสัดส่วนสูงเช่นกัน โดยระหว่างตุลาคม 2566 - เมษายน 2567 พบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.48 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 17.20 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.63 ซึ่งแย่ลงกว่าในช่วงปีที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงกระทบต่อตนเอง แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจมากกว่าที่คาดคิด และเกือบ 1 ใน 5 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลและเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก [1]

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกปัจจุบัน มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวน 12 ล้านคน ซึ่งเกือบร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.42 ล้านคน หรือร้อยละ 31.28 ในปี 2583[2] และในปี 2566 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 84.93 มีความสุขในระดับที่ดีแต่จะลดน้อยลงตามวัย ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม อีกทั้ง ยังพบผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น และมีผู้สูงอายุอีก 8 แสนคน มีภาวะความจำเสื่อม ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงวัยต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว ทำให้สูญเสียคุณค่าในตนเอง[1] ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่เคยทำประโยชน์แก่สังคมมาก่อน เคยมีคุณค่าทางสังคมมาก่อน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุบทบาทเหล่านั้นจะเปลี่ยนไป อีกทั้งสภาพครอบครัวปัจจุบันเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้น จากสมัยก่อนมักเป็นสังคมขยายมีปู่ ย่า ตา ยาย ร่วมอาศัยอยู่ด้วย ทำให้สังคมไทยมีผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต [3]

สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากระบบเกษตรกรรมไปสู่ระบบอุตสาหกรรมทำให้เกิดภาวะที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น ต่างคนต่างอยู่มากขึ้น พึ่งพาอาศัยกันน้อยลงครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากการอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่มีปู่ย่าตายาย พ่อแม่ลูก กลายเป็นครอบครัวเล็ก ๆ ลำพังพ่อแม่ลูก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจจากลูกหลาน นอกจากนี้ภาระหน้าที่ทางสังคมที่เคยกระทำมาก็ขาดหายไปจะเนื่องจากเกษียณอายุหรือจากบุตรหลานไม่อยากให้ทำงานต่อไปด้วยความหวังดีว่าทำงานหนักมานานแล้ว สมควรที่จะพักผ่อนให้สบายก็ตาม การขาดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคมนี้ อาจเป็นเหตุให้กระทบต่อความรู้สึกในคุณค่าของผู้สูงอายุเอง ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย แยกตัวออกจากสังคมได้ [2]

ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุ ปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 18.29 แสดงให้เห็นว่ากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในส่วนของอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรีมีทั้งกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และติด

สังคม ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนสุขภาพเริ่มทรุดโทรมไม่สามารถประกอบอาชีพด้วยตนเองจะต้องพึ่งพาครอบครัวให้ดูแลทั้งกิจวัตรประจำวันและสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงวัยต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [4]

จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ภายใต้ข้อจำกัดโดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
4. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 33 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2,667 คน และผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จำนวน 26,559 คน ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2567 [4] กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละ 6 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มอสม.การทดลองใช้รูปแบบ ได้แก่ กลุ่มอสม. จำนวน 39 คน ต่อผู้สูงอายุ 3 คน ผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้นจำนวน 117 คน เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 3 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ !) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 คน เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2) กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี 3) กลุ่มอสม.ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม สามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้งานสมาร์ทโฟนได้ กล้าแสดงความคิดเห็นและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ 1)กลุ่มอสม. ในพื้นที่อำเภอเมืองกาญจนบุรี จำนวน 39 คน เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่ อำเภอเมืองกาญจนบุรี อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้งานสมาร์ทโฟนได้ กล้าแสดงความคิดเห็นและเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ มีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย

1. คำถามการสนทนากลุ่ม 1) สถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนของอำเภอเมืองกาญจนบุรี รูปแบบเดิมในปัจจุบันมีลักษณะเป็นอย่างไร 2) การดูแลสุขภาพจิตด้วย

ตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนของอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี รูปแบบเดิมมีปัญหาหรือไม่ อย่างไร 3) หากต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี ควรมีรูปแบบและลักษณะอย่างไร

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ของ [5] จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ร่วมกับการพัฒนามาจากองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากแนวคิดของ[6]จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงของแบบวัด เท่ากับ .89 เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert rating scale) [7]

3. คำถามการสนทนากลุ่ม ถอดบทเรียน 1) ผลการดำเนินงานเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง 3) ปัจจัยใดบ้างส่งผลต่อการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ 4) หากต้องการรักษาผลที่ดีไว้หรือไม่ให้เกิดผลที่ไม่ดีขึ้นอีกจะต้องทำอย่างไร

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุโดยอสม. จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท [7]

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

3. ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประชาสัมพันธ์และคัดเลือก กลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรี เพื่อเข้าร่วมงานวิจัย

4. ศึกษาแนวทางในการสร้างข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม

5. สร้างข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม

6. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อใช้เก็บข้อมูลในสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ

7. เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มอสม. และกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน

8. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรี

9. คืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบในระดับสสอ.

ระยะที่ 2 ขั้นการพัฒนา

1. ยกร่างและออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

2. นำเสนอแบบร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แล้วนำปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

3. จัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

4. สร้างเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แบบประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในระหว่างการดำเนินกิจกรรม แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

5. เสนอแบบสอบถามพร้อมแบบฟอร์มการประเมินแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในที่นี้คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเมืองกาญจนบุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ขั้นนำไปทดลอง

1. ชี้แจงขั้นตอนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

2. ทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลองใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3. ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ในการเรียนรู้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะที่ 2 เป็นการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไปทดลองใช้ ในสัปดาห์ที่ 2 – 8

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ โดยการรสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล

1. ประเมินประสิทธิผลในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการ 1) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 2) จัดสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน

2. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 5 การเผยแพร่รูปแบบ

1. นำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มอสม.และกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่นเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรีเพื่อเผยแพร่ขยายผลการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้ ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้ Paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำอสม. เป็นความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์การสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ

สาธารณสุข กาญจนาภิเษก เลขที่รับรอง KMPHT-67010018

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา สถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลสุขภาพกาย และมีเพียงบางส่วนที่จะดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การดูแลมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกาย (ติดบ้านติดเตียง) ซึ่งอสม. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และยังพบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง มีแนวทางและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตที่เป็นระบบชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุและเป็นแกนนำ (ครูก) ในการส่งเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ จากนั้นให้อสม.เข้าไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้สูงอายุ อาทิเช่น กิจกรรมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การส่งเสริมความจำ ส่งเสริม เน้นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมทางพระพุทธศาสนา การฝึกจิตเจริญสมาธิ กิจกรรมนันทนาการ การทำงานอดิเรก และจัดระบบการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี	
การสำรวจสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี	
Plan	เป้าหมาย: เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี โดยดำเนินการดังนี้ - ศึกษาเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด - ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องขออนุมัติดำเนินการวิจัย ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย - ศึกษาแนวทางในการสร้างข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม
Do	- สร้างข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม
Check	- ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ
Action	- ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี - คืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบในระดับสสอ.
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน D1	
Plan	- นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมายกร่างและออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน - นำเสนอแบบร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสร้างและพัฒนา
Do	- จัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน - สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
Check	- เสนอแบบสอบถามพร้อมแบบฟอร์มการประเมินแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข - ซึ่งแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5
Action	นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
ระยะที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน R2	
Plan	เป้าหมาย: พัฒนาทักษะความรู้ของแกนนำอสม.ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

<table>
<tr><td colspan="2">การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี</td></tr>
<tr><td></td><td>เนื้อหา: สร้างทัศนคติที่ดีแก่แกนนำอสม. การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติการ เกี่ยวกับ ความรู้ที่จำเป็นการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ 2. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 3. ทบทวนความรู้การใช้ Social media ในการสื่อสารสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย: แกนนำอสม. ในอำเภอเมืองกาญจนบุรี
ระยะเวลา: การอบรม 2 สัปดาห์</td></tr>
<tr><td>Do</td><td>- ชี้แจงขั้นตอนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้สูงอายุ
- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกายและจิต ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย
- จัดฝึกอบรมในลักษณะการจำลองสภานการณ์ เพื่อให้แกนนำอสม.ได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเน้นการอบรมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น
- จัดช่องทางการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญภายหลังการอบรม</td></tr>
<tr><td>Check</td><td>- สังเกตและตรวจสอบความเข้าใจและการฝึกฝนของแกนนำอสม.ผ่านการประเมินสถานการณ์จำลองโดยอาจารย์ประจำกลุ่ม
- ติดตามผลระหว่างการอบรมโดยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสำรวจความก้าวหน้าในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>Action</td><td>- ปรับปรุงหลักสูตรการอบรมแกนนำอสม.ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าอบรม เพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในครั้งต่อไป
- ขยายการอบรมไปยังกลุ่มอสม.ในเขตชุมชนเมืองอื่นๆที่ยังไม่ได้รับการอบรม</td></tr>
<tr><td colspan="2">ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ R2</td></tr>
<tr><td>Plan</td><td>เป้าหมาย: เพื่อให้แกนนำอสม.นำรูปแบบไปทดลองใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ตามกิจกรรมดังต่อไปนี้
<table>
<tr><th>กิจกรรมส่งเสริมต้นแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำ อสม.</th><th>วัตถุประสงค์</th></tr>
<tr><td>กิจกรรมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ</td><td>เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง</td></tr>
<tr><td>การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์</td><td>เพื่อให้ผู้สูงอายุเล็งเห็นถึงความสำคัญและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</td></tr>
<tr><td>การบริหารสมอง</td><td>เพื่อเป็นการกระตุ้นความจำและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง</td></tr>
<tr><td>ขยับกายสบายชีวิน</td><td>เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามความถนัดและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์</td></tr>
<tr><td>ฝึกจิตเจริญสมาธิ</td><td>เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสงบสุขและเข้าใจชีวิต</td></tr>
</table>
กลุ่มเป้าหมาย: แกนนำอสม. ในอำเภอเมืองกาญจนบุรี, ผู้สูงอายุในชุมชนที่แกนนำอสม.รับผิดชอบ
ระยะเวลา: การอบรม 7 สัปดาห์</td></tr>
<tr><td>Do</td><td>- ชี้แจงขั้นตอนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้สูงอายุ
- แกนนำอสม.ลงพื้นที่เพื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ 7 สัปดาห์</td></tr>
<tr><td>Check</td><td>- ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต</td></tr>
<tr><td>Action</td><td>ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ โดยการสนทนากลุ่ม จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ</td></tr>
<tr><td colspan="2">การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและการถอดบทเรียน D2</td></tr>
<tr><td>Plan</td><td>เป้าหมาย: เพื่อประเมินประสิทธิผลในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ
เนื้อหา: ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การถอดบทเรียนผลการดำเนินงานของกลุ่มแกนนำอสม. และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย: แกนนำอสม. ในอำเภอเมืองกาญจนบุรี, ผู้สูงอายุในชุมชนที่แกนนำอสม.รับผิดชอบ
ระยะเวลา: 1 วัน</td></tr>
<tr><td>Do</td><td>- แกนนำอสมลงพื้นที่ไปยังบ้านผู้สูงอายุเพื่อนำแบบประเมินไปประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ</td></tr>
</table>

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี	
Check	ประเมินประสิทธิผลในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการ - ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ - การถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน - ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
Action	- ปรับปรุงกิจกรรมและวิธีการดำเนินกิจกรรม.ตามข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและแกนนำอสม. เพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในครั้งต่อไป
ระยะที่ 3 ขยายผลการศึกษา โดยนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มอสม.และกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่นเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรี	
Plan	เป้าหมาย: นำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงไปขยายผลการอบรมไปยังกลุ่มอสม.และผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เนื้อหา: พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้กับผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย: อสม., ผู้สูงอายุในชุมชนที่อสม.รับผิดชอบ ในชุมชนอื่นๆเขตอำเมืองกาญจบุรี ระยะเวลา: 8 สัปดาห์
Do	- แกนนำอสม.ลงพื้นที่เพื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ 7 สัปดาห์ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกายและจิต ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย - จัดฝึกอบรมในลักษณะการจำลองสภานการณ์ เพื่อให้แกนนำอสม.ได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเน้นการอบรมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น - จัดช่องทางการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญภายหลังการอบรม
Check	- สังเกตและตรวจสอบความเข้าใจและการฝึกฝนของอสม.ผ่านการประเมินสถานการณ์จำลองโดยอาจารย์ประจำกลุ่ม - ถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมตามรูปแบบ
Action	นำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงไปขยายผลการอบรมไปยังกลุ่มอสม.และผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง อื่นๆให้ครอบคลุม

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 88 คน คิดเป็นร้อยละ 75.21 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี 94 คน คิดเป็นร้อยละ 80.34 สถานภาพการสมรส คู่ 70 คน คิดเป็นร้อยละ 59.83 ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา 67 คน คิดเป็นร้อยละ 57.26 ความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้มีเหลือเก็บ น 47 คน

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองใช้แตกรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของอสม. ต่อรูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.46, S.D.= 0.54)

สรุปและอภิปรายผล

คิดเป็นร้อยละ 40.17 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือเข้าร่วมชมรมน้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 52.99 ผู้ดูแลเป็นสามี ภรรยา บุตรหรือญาติ 82 คน คิดเป็นร้อยละ 70.09 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค 82 คน คิดเป็นร้อยละ 70.09

รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาศักยภาพแกนนำอสม.ในการเรียนรู้กิจกรรมในรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมย่อยที่ 1 สร้างทัศนคติที่ดีแก่แกนนำอสม.กิจกรรมย่อย 2 ให้ความรู้ และส่งเสริมศักยภาพและสมรรถนะที่จำเป็นแก่แกนนำอสม.ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกภรณ์ ทองคุ้ม นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และนันท์ชัตสัณห์

สกุลพงษ์ [8] พบว่า สภาพแวดล้อดทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ต้องมีครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น อสม. คอยดูแลเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นจะต้องใช้อสม.มาเป็นกลุ่มแกนนำ

ระยะที่ 2 เป็นการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไปทดองใช้กับผู้สูงอายุ ในกิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมต้นแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำอสม. ประกอบไปด้วย กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมย่อยที่ 2 สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ กิจกรรมย่อยที่ 3 บริหารสมอง กิจกรรมย่อยที่ 4 ขยับกายสบายชีวิน กิจกรรมย่อยที่ 5 ฝึกจิตเจริญสมาธิ กิจกรรมที่ 4 ติดตามการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมที่ 5 ติดตามประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน กิจกรรมที่ 6 ปรับรูปแบบ การดูแลสุขภาพจิตตนเอง กิจกรรมที่ 7 ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมที่ 8 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 9 ถอดบทเรียน ซึ่งกิจกรรมต่างๆสอดคล้องกับการศึกษาของของกนกภรณ์ ทองคุ้ม นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงษ์[8] พบว่า กิจกรรมต่างๆที่จัดให้กับผู้สูงอายุ อาทิเช่น กิจกรรมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ กิจรรมส่งเสริมความจำ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา ส่งเสริมการฝึกจิตเจริญสมาธิ จัดกิจกรรมนันทนาการ และส่งเสริมการทำงานอดิเรก จัดระบบการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ [9] ที่ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีกิจกรรมการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง กิจกรรมสติวัดใจ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีแกนนำอสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ ทั้งในด้านพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยเริ่มจากสัมพันธภาพระหว่าง อสม.กับผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความไว้วางใจอสม. ประกอบกับผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติกิจกรรมจริง และกิจกรรมปฏิบัติตามได้ง่ายและเห็นประโยชน์ของกิจกรรม จึงปฏิบัติต่อเนื่องและตั้งใจจริง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจิตตนเองไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโปรยทิพย์ สันตะพันธุ์[10] พบว่า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนทั้ง 6 ครั้ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เคยประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ต้องมีการปรับปรุงตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

จากผลการถอดบทเรียน พบว่า เป็นไปตามความคาดหวังและเป้าหมาย ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยพบว่ากิจกรรมประสบ

ความสำเร็จเนื่องจาก อสม. มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพตนเอง จนมีความรู้ความรู้ความเข้าใจในรูปแบบของกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่จัดเป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ไม่ซับซ้อนเห็นผลลัพธ์ชัดเจนในระยะเวลาสั้น (ภายใน 1 สัปดาห์) เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงษ์[8] พบว่า ซึ่งสภาพแวดล้อมทางสังคมที่จะทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ต้องมีครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น อสม. คอยดูแลเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ดังนั้นรูปแบบจึงมีความจำเป็นจะต้องใช้อสม.มาเป็นกลุ่มแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยตนเอง และพบว่าและยังสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรนันท์อุ่นอ่อน (2564) [11] พบว่า แนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุควรหมั่นดูแลสุขภาพกายของตนอง และครอบครัวและชุมชนควรให้ความเข้าอกเข้าใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์การจัดกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ด้านสังคม:สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในกิจกรรม ด้านร่างกาย: ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วขึ้น ด้านจิตใจ:อารมณ์ดี ควบคุมอารมณ์ได้ดี ความจำและสมาธิพัฒนาขึ้น ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง มีความสงบทางจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโปรยทิพย์ สันตะพันธุ์[10] ซึ่งพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และช่วยกันหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีการประคับ ประคองจิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดความเข้าใจ ส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นๆ ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่ดีขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดมาจากความทุ่มเทของ อสม. ในการถ่ายทอดความรู้ สามารถสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ รูปแบบกิจกรรมมีความยืดหยุ่น ปฏิบัติตามได้ง่าย ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์และให้ความร่วมมือ การใช้สื่อที่เหมาะสม เช่น คลิปวิดีโอ แผ่นพับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี อรุณจิตร รัตยานภิศ รัชตะวรรณ และวัลลภา ดิษสระ[12] ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ 3As Model พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น สามารถให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในการสังเกตอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นการ ฝึกทักษะการเยี่ยมบ้านตามรูปแบบ 3As Model มีทักษะในการ เยี่ยมบ้านเป็นระบบมากขึ้น การเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น

แนวทางการพัฒนาและสร้างความยั่งยืนในชุมชน หาผู้นำที่เข้าใจและเห็นถึงประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพิ่มระยะเวลาและความถี่ในการจัดกิจกรรม แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ พัฒนาทักษะและความรู้ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของนรีนุช ดำรงชัย[13] ซึ่งพบว่า จุดเริ่มต้นของการเกิดกระบวนการอันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและมี 4 องค์ประกอบที่จะนำพาชุมชนไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา ได้แก่ การมีผู้นำที่ดีและเข้มแข็ง การมีแนวทางแก้ไขปัญหาและแนวความคิดในการพัฒนาที่เหมาะสม การมีรูปแบบการสื่อสารเพื่อการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ และการมีความใส่ใจและมุ่งมั่นกับการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.46, S.D.= 0.54) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ศิริมาก วัฒนีย์

โรจน์สัมฤทธิ์ และ ไพบูลย์ อ่อนมั่ง[14]ได้ศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ผลการวิจัยพบว่า ชุดฝึกอบรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 หน่วยฝึกอบรม คือ ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการความขัดแย้ง แต่ละหน่วยฝึกอบรมใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ ลงมือทำ นำมาสะท้อนกลับ ปรับความคิดใหม่ และประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในระดับมากที่สุด

การขยายผลการศึกษา โดยนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มอสม.และกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่นเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรี ผลการศึกษาจากการถอดบทเรียนกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มอสม. พบว่า อสม.และผู้สูงอายุในชุมชน มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอสม.เป็นที่ไว้วางใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม, นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และ นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงษ์ [8] พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมที่จะทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ต้องมีครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น อสม. คอยดูแลเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ประกอบกับ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ และเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามได้ง่าย ไม่เสียเวลาในการทำกิจกรรม สามารถทำเป็นกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งผลของการปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย คือ ทำให้อาการเจ็บปวดตามส่วนต่างๆของร่างกายลดลงหลังจากที่ปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน ด้านจิตใจ ทำให้อารมณ์ดี จิตใจเบิกบานขึ้น สังคม กิจกรรมดังกล่าวยังช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดีและเกิดการเปลี่ยนของพฤติกรรมอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของโปรยทิพย์ สันตะพันธุ์ [10] พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และช่วยกันหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีการประคับประคองจิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดความเข้าใจ ส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่น ๆ โดยมีผู้วิจัยคอยตอบคำถามและให้ข้อมูลในโอกาสที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ส่งเสริมสนับสนุนให้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านข้อมูลข่าวสาร และร่วมจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยตนเอง

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังเฉพาะโรค

2) ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแอพลิเคชันในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองเพื่อเป็นแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). รายงานสภาวะสังคมไทย. ไตรมาสหนึ่ง ปี 2567. กรุงเทพ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=15482&filename=social_outlook
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://catalogapi.nso.go.th/api/doc/department/D10/SD10_04/SD10_04_175_6.pdf
3. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองกาญจนบุรี. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี.
5. จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมเการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/ 123456789/5346/1/Jitsamorn-edit.pdf
6. จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. https://digital.car.chula.ac.th/cuns/vol4/iss1/6/
7. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 22(40), 44-53. อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด. (2535). หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพครั้งที่ 3 กรุงเทพ ฯ: สุวีริยาสาสน.
8. กนกภรณ์ ทองคุ้ม นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงษ์. (2565). การพัฒนาพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด
19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 17(3), 1108–1124. http://bsris.swu.ac.th/art/30.pdf
9. นรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ. (2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1(3), 1–20. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/249251/172377
10. โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์. (2565). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(2), 484–499.
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ RHPC9Journal/ article/view/257284/175801
11. ภัทรนันท์ อุ่นอ่อน. (2564). แนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.https://so05.tcithaijo.org/index.php/suedureasearchjournal/article/view/256513/175965
12. สมฤดี อรุณจิตร รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และวัลลภา ดิษสระ. (2564). การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ 3As Model. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 14 (2): 39-48. https://he01.tcithaijo.org/index.php/ scnet/article/view/190998/150027
13. นรีนุช ดำรงชัย. (2561). แนวทางการสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนไทยภายใต้แนวความคิดเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช, 31(1), 92-107. https://so05.tcithaijo.org/index.php/stouj/article/view/206758/143717
14. พัชรี ศิริมาก วัฒนีย์ โรจน์สัมฤทธิ์ และ ไพบูลย์ อ่อนมั่ง. (2559). การพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ . วารสารสุทธิปริทัศน์, 30 (96), 14 – 26. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/DPUSuthiparithatJournal/article/view/244169/165879

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a model for monitoring and promoting child development in communities where the age is not yet eligible to enter the Child Development Center, Yang Yai Subdistrict, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

บุญถือ พุ่มจันทร์[1]
Boonthue Phumchan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง จำนวน 45 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่าเด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 75.41 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 69.56 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.44 และหลังการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 100.0 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.69 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.31 มีการกระตุ้นและติดตามพัฒนาการในรายที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน หลังการกระตุ้นพัฒนาการแล้วเด็กมีพัฒนาการสมวัย และพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและเด็กปฐมวัยในชุมชนมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, เด็กปฐมวัยในชุมชน

Abstract

This study was action research. The objective is to develop a model for monitoring and promoting the development of early childhood children in the community who are not yet old enough to enter the Child Development Center, Yang Yai Subdistrict, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. The target group was selected specifically, 45 people, and quantitative and qualitative data were collected. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that early childhood children in the community received more screening and development promotion. Before the development, 75.41 percent of early childhood children in the community were screened for development, 69.56 percent had age-appropriate development, and 30.44 percent had suspected delayed development. After the development, 100.0 percent of early childhood children in the community were screened for development, 78.69 percent had age-appropriate development, and 21.31 percent had suspected delayed development. Development was stimulated and monitored in every case with suspected delayed development. After the development stimulation, the children had age-appropriate development. It was found that those involved had changed in terms of knowledge, attitude, behavior, perception, and increased participation, and 100.0 percent of early childhood children in the community had increased age-appropriate development.

[1] ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Keywords: Model development, Early childhood development monitoring and promotion, Early childhood children in the community

บทนำ

“เด็กปฐมวัย” เป็นวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก หรือจะเรียกว่าเป็นวัยทองสำหรับเด็กก็ว่าได้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สมวัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เป็นเป้าหมายสำคัญ ของรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน ซึ่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัย หรือ 6 ปี แรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่สำคัญสำหรับพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติและจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทย ปี 2561 – 2565 พบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ 90) จากการสุ่มตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุกๆ 3 ปีพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2560 ร้อยละ 76.78 ปี 2563 ร้อยละ 53.1) สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเท่ากับ ร้อยละ 82.3 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 23.4 เด็กที่สงสัยล่าช้าติดตามได้ภายใน 30 วัน เท่ากับ ร้อยละ 87.9[1]

สำหรับสถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ในปีพ.ศ. 2566 จำนวนเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี มีจำนวน 83,996 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด ให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 ของจำนวนเด็กทั้งหมด พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.79 สถานการณ์อำเภอน้ำยืนเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.17[2] และสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในที่พื้นที่ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี จากการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.49 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14.51 โดยช่วงอายุที่พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือช่วงอายุ 60 เดือน รองลงมาคือ อายุ 42 เดือน อายุ 30 เดือน อายุ 9 เดือน และอายุ 18 เดือน ตามลำดับ[3] เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่กับค่าตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงการประเมินพัฒนาการมีความครอบคลุมยังไม่ถึง 80 % ของเด็กที่อยู่ในชุมชน จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้นการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนพื้นที่ตำบลยางใหญ่ ยังไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลพัฒนาการเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ของผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องและดูแลเด็กปฐมวัยนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างตรงประเด็นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัยทุกขั้นตอน ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท[4] ที่ประกอบด้วย การวางแผน(Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล(Reflection) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาใช้ระยะเวลา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัย ในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลยางใหญ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาพัฒนาการเด็กและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดการเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 45 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น ,ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 17 คน

2) ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยตรง (บิดา มารดา) และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กปฐมวัย (เครือญาติที่ดูแลเด็กปฐมวัยในกลุ่มเป้าหมาย) จิตอาสาพัฒนาการเด็กและตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น 28 คน

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 4) เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มเป้าหมายออกของผู้ร่วมวิจัย (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ร่วมวิจัยของดการให้ข้อมูลระหว่างการวิจัย 2) ผู้ร่วมวิจัยย้ายออกนอกเขตพื้นที่ตำบลยางใหญ่ 3) มีร่างกายไม่แข็งแรง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 ใน

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทของชุมชน ศึกษาระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยเดิม ในส่วนของการคัดกรอง การส่งเสริมการกระตุ้น การติดตาม และการส่งต่อ ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกลุ่มที่ 2 ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานหรือกิจกรรมอย่างชัดเจน และเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

กิจกรรมที่ 3 การวิเคราะห์และการกำหนดแผนปฏิบัติการประกอบด้วย ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนข้อมูลบริบททั่วไปของพื้นที่ บริบทการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาและทบทวนกระบวนการดำเนินงานการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1 ประกอบโครงการที่ 1 อบรมเพิ่มศักยภาพจิตอาสาพัฒนาการเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลยางใหญ่ โครงการที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลยางใหญ่ และโครงการที่ 3 ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดี เก่ง สุข ตำบลยางใหญ่ ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยใช้แบบบันทึกในการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน สังเกตผลการดำเนินงาน

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

สรุปผลของกิจกรรม โครงการ และการดำเนินงาน สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียน คืนข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องหรือชุมชนและร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขและการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งได้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 การบันทึกสิ่งที่สังเกตได้จากความเป็นจริงประกอบด้วย บุคคล สถานที่ สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ และคำพูดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ส่วนที่ 2 การบันทึก ตีความเบื้องต้นประกอบการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดจนการให้ความหมายหรือตีความจากคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 3 การบันทึกวิธีการที่ใช้สังเกต แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ การบันทึก (Record) การดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การบันทึกภาพ และบันทึกภาพและเสียง การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ทัศนคติ ความต้องการ การออกแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)ก่อนและหลังการดำเนินการ มีโครงสร้างของข้อความเป็นคำถามปลายเปิด (Opened-end Interview)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้พัฒนามา

จากการศึกษาของ วิจิตร จันดาบุตร[5] อัจฉรา ผาดโผน[6] และปาณิศรา ยานิพันธ์[7] ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม สำหรับวัดความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ 2 ชุด สำหรับกลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยจะต้องจัดเก็บเอง โดยใช้ แบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (Individual In-depth) เป็นการสื่อสารสองทาง (Two way Communications) เป็นการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้จากจด บันทึก การสังเกต การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม การอภิปรายและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การประเมินคัดกรองโดยใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) คือ เป็นการศึกษาข้อมูลที่มีผู้เก็บรวบรวมไว้แล้ว ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางสถิติ เช่น ข้อมูลในระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาบริบทพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนและวิธีการ ดังต่อไปนี้ การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์และตรวจสอบ ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูลที่ได้โดยการตรวจสอบ ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกัน ในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือ การตรวจ สอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นมิได้แยกส่วนออกมาจากกระบวนการเก็บข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผลภายใต้บริบทของสังคมนั้น และวิเคราะห์ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ และความพึงพอใจ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การถอดบทเรียนและสรุปประเด็นสำคัญ ที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษา และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความประมวลสรุปเป็นผลการวิจัย ในการดำเนินการถอดบทเรียนหลังจากการลงพื้นที่ของนักวิจัย นำข้อมูลมาสรุปผลการดำเนิน การภาพรวมสำหรับการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กันไป เพื่อให้เห็นภาพของการดำเนินงานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ในส่วนที่เป็นผลโดยตรงและผลโดยทางอ้อม แล้วนำมาประมวลผล

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถ

เข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายในการร่วมศึกษาวิจัย

1) คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายศึกษาวิจัยที่ประกอบด้วยกลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ เพศหญิง (ร้อยละ 91.11) มีอายุอยู่ระหว่าง 50-54 ปี (ร้อยละ 24.40) โดยมีอายุเฉลี่ย 44 ปี อายุสูงสุด 67 ปี และอายุน้อยที่สุด 26 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.20) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 44.40) มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31.10) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.90)

2) กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01,SD=0.53 และหลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54,SD=0.26 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

3) กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนา พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.99,SD=0.34 และหลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61,SD=0.35 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัย มีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

2. ผลต่อกลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง

1) ความรู้ของกลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.80) รองลงมามีระดับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 41.20) และไม่พบว่ามีความรู้ในระดับต่ำ หลังการพัฒนากลุ่มผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.0)

2) เจตคติต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนาพบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89, SD=0.38 และหลังการพัฒนาพบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85, SD=0.12 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัย มีเจตคติต่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

3) การรับรู้ต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนา การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง มี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97,SD=0.43 และหลังการพัฒนาพบว่า การรับรู้อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75, SD = 0.21 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัย มีการรับรู้ต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

3. ผลต่อกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

1) ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองก่อนพัฒนา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 10.7) มีระดับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 64.3) และมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับต่ำ(ร้อยละ 25.0) หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้มีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.3) รองลงมามีระดับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.7) และไม่มีระดับความรู้ต่ำในกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

2) เจตคติของกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยก่อนการพัฒนา พบว่ามีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11,SD=0.23 และหลังการพัฒนาพบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86,SD=0.13 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีเจตคติต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

3) พฤติกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ของกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนา พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13,SD =0.24 และหลังการพัฒนาพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63,SD=0.25 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

4) การรับรู้ของกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองมีการรับรู้ต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนา พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33,SD = 0.20 และหลังการพัฒนาพบว่าการรับรู้อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83, SD=0.23 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัย มีการรับรู้ต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพิ่มมากขึ้น

4. ผลต่อกลุ่มเด็กปฐมวัยในชุมชน

เด็กปฐมวัยในชุมชนที่ต้องได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 61 คน พบว่าเด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกร้อยละ 75.41 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 30.44 ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการติดตาม ร้อยละ 100.00 ไม่พบการส่งต่อในระดับทุติยภูมิ และหลังการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 100.0 พบพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรองตามช่วงอายุเดิม พบว่าเด็กปฐมวัยมี

พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.69 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.31 และมีการกระตุ้นและติดตามพัฒนาการในรายที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน หลังการกระตุ้นพัฒนาการแล้วเด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่มีการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และพบว่ามีการส่งเสริมพัฒนาการทั้งใน ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.0

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ มีประเด็นอภิปรายผล ดังนี้

การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและสภาพปัญหาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน พบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการครอบคลุมกิจกรรม 4 กิจกรรม คือการคัดกรองพัฒนาการ การกระตุ้นพัฒนาการ การติดตามการส่งต่อ และการส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้เด็ก ปฐมวัยได้รับเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ก่อนการพัฒนา เด็กปฐมวัยในในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ครั้งแรก ร้อยละ 75.41 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.44 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.65 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 4.35 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.82 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 2.18 พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.78 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 15.22 พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการสมวัยร้อยละ 95.65 พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 4.35 และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พัฒนาการสมวัย ร้อยละ ละ 95.65 พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 4.35 หลังการพัฒนาพบว่า พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100.0 พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.52 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.48 ส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.08 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 4.92 และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.08 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 4.92 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นครบทั้ง 5 ด้าน ด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ปกครอง จิตอาสาพัฒนาการเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน พบว่า มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้อยู่ในระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 89.3 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนจำเป็นต้องให้ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก จิตอาสาพัฒนาการและอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และหลังการประเมินพัฒนาการเด็กพบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่อยู่ในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการได้ตามปกติได้ถึงร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ผาดโผน[6] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเขิน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีนโยบายในระดับพื้นที่ที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด กระบวนการครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบทงานและพื้นที่ 2) สร้างภาคีเครือข่ายเฉพาะด้าน 3) การมีส่วนร่วม

ขององค์กรและประชาชน 4) วางแผนและปฏิบัติอย่างสอดคล้องกับบริบท 5) กำกับ ติดตาม ประเมินผล 6) การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 7) แก้ไขปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และพบว่า เด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนา เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 58.0 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74.07 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 25.92 และหลังการพัฒนา เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 94.54 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.01 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.92 ได้รับการ ส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 98.18 และเมื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมพบว่า มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา

ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน จิตอาสาพัฒนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุข เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับที่เพิ่มขึ้นและ มีความรู้ในระดับที่สูงขึ้น เด็กปฐมวัยในชุมชนมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 78.69 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตร จันดาบุตร[5] ได้ศึกษาการการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM 3) การวางแผน 4) การปฏิบัติตามแผนงาน 5) ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 6) การติดตามและประเมินผลทุก 3 เดือน 7) จัดเวทีสะท้อนผลติดตามผลการปฏิบัติ 8) สรุปผลการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินงานทั้งทางด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และเด็กปฐมวัยในชุมชนมีจำนวนที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.27 กระบวนการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การมีส่วนร่วมเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทของตนเอง มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลเด็ก จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีศักยภาพพร้อมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนส่งผลดีต่อพัฒนาการเด็ก โดยจากผลการวิจัยพบว่าหลังจากผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลเด็ก จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการเพิ่มศักยภาพแล้วส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพ

2) ควรบันทึกผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์ สรุปผลและการคืนข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องและชุมชน

3) การมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่างๆ ไปสู่ความสำเร็จ

4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ก่อให้เกิดเป็นพลังในการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5) การเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการสร้างความคุ้นเคย

ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เพื่อความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา

6) ควรมีการกำหนดเวลาของแผนในการออกติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่ชัดเจน และจำนวนบุคลากรที่ออกประเมินควรตรงต่อเวลาเพื่อให้เด็กได้รับการประเมินตามช่วงอายุจริงและเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับกระตุ้นพัฒนาการที่รวดเร็วและเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาแนวทางการในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลายสอดคล้องกับวิถีชีวิตแต่ละชุมชน ประเพณี ความเป็นอยู่ของแต่ละชุมชน ธรรมชาติของเด็ก มาปรับใช้กับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มาตรฐานเดียวกัน

2) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการส่งเสริมพัฒนาการที่ยั่งยืนมีความเหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual;DSPM) 576,000 เล่ม. กรุงเทพฯ:
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2566].
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2566). ข้อมูลสถานะสุขภาพ. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลจากhttps://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [วันที่ 20 กรกฎาคม 2567]
4. Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. Geelong: Deakin University Press.
5. วิจิตร จันดาบุตร (2560). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. อัจฉรา ผาดโผน (2561). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเขิน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
7. ปาณิศรา ยานิพันธ์ (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโชง อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจต่อความเจ็บปวด แรงกดและปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ ของผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ

The Effects of Informational and Emotional support on Pain Compression force Average Glandular dose in Patients Undergoing 3D Mammography.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

สมานลักษ์ วิรุณพันธ์[1]
Samanlak Wirunphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) วัดผลก่อนและหลังการทดลองศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตในผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติต่อความเจ็บปวด แรงกด และปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2567 จำนวน 148 รายเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1)การให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจ 2) แบบประเมินความเจ็บปวด Numerical rating scale (NRS) 3) แบบบันทึกแรงกดขณะเอกซเรย์เต้านม(N) 4)แบบบันทึกปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ(mGy)โดยมีผลวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยแรงกดและค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับขณะเอกซเรย์เต้านมในท่า R CC , L CC ,R MLO, L MLO ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$)

คำสำคัญ : เอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ การให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจ การคัดกรองมะเร็งเต้านม

Abstract

This research was quasi-experimental study that measures outcomes before and after the intervention in two sample groups. The objective is to investigate the effects of providing information and emotional support to patients undergoing 3D mammography on pain, compression force, and the average glandular dose. The targeted sample group consists of patients who underwent 3D mammography at Udon Thani Cancer Hospital between June and December 2024, totaling 148 cases. The research tools used include: 1) Information provision and psychological support, 2) Pain assessment using the Numerical Rating Scale (NRS), 3) Recording of pressure applied during mammography (N), and 4) Recording of the raverage glandular dose (mGy). The research findings are as follows:

The research results found that the experimental group had an average pain score that did not differ significantly from the control group ($p>0.05$). Additionally, the average pressure and the average amount of absorbed radiation received by the breast tissue during mammography in the R CC, L CC, R MLO, and L MLO positions were significantly different between the experimental and control groups ($P<0.05$).

Keywords : 3D mammography, information and emotional support, breast cancer screening.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 20 ล้านคน[1] สถิติของโรคมะเร็งที่พบ 3 อันดับแรกในโลก ได้แก่ มะเร็งปอดร้อยละ 12.4 มะเร็งเต้านมร้อยละ 11.6 มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 9.6 จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับ

[1] โรงพยาบาลมะเร็งอุดร

2 ของโลก ในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิงโดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 21,628 รายต่อปี[2]หรือพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 2.46 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 7,599 รายต่อปี หรือชั่วโมงละ 0.86 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั่วโลกจากทะเบียนมะเร็งปี 2565 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นอันดับ 1 จำนวน 486 ราย[3] คิดเป็นร้อยละ 21.34 โดยเป็นมะเร็งชนิด infiltrating duct carcinoma ,NOS มากที่สุดร้อยละ 90.74 ในจำนวนนี้พบมะเร็งระยะที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 40.33 รองลงมาเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 34.57 โดยมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยอยู่ที่ 66.87 (โดยเก็บข้อมูล พ.ศ.2560 ติดตามถึง พ.ศ. 2565)

จากการจำแนกผู้ป่วยมะเร็งตามช่วงอายุ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศหญิงเริ่มพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ช่วงอายุ 15-19 ปีขึ้นและพบมากที่สุดในช่วงอายุ45-64 ปีคิดเป็นร้อยละ 65.01 โดยอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หรือจะกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งเต้านมคือเพศหญิง และอายุที่เพิ่มมากขึ้น

สาเหตุที่แท้จริง ยังไม่ทราบ เชื่อว่าเกิดจากหลายๆปัจจัยประกอบกัน ทั้งปัจจัยตัวผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม กระบวนการกำจัดเซลล์ที่ผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้ ปัจจัยทางพฤติกรรม สารเคมีเช่นฮอร์โมนเพศหญิง และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นการลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นไปได้ยากการคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วจึงสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรกผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Conservative Breast Therapy หรือ CBT) ทำให้ไม่ต้องตัดเต้านมออกทั้งสองข้าง การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกมี 3 วิธีคือ

1.การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination หรือ BSE) แนะนำให้สตรี 20-30 ปี ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน

2.การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Clinical Breast Examination หรือ CBE) โดยให้สตรีไปที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมทำการตรวจปีละครั้ง

3.การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (มักจะตรวจอุลตราซาวด์ร่วมกับเอกซเรย์เต้านม) ซึ่งแต่ละประเทศจะกำหนดเกณฑ์อายุและความถี่ที่ไปทำการตรวจแตกต่างกัน เช่น หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยตรวจปีเว้นปี เป็นต้น

การตรวจค้นหามะเร็งเต้านมโดยวิธีตรวจเอกซเรย์เต้านม เป็นการตรวจที่ใช้กันทั่วโลก ด้วยเทคโนโลยีปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าโดยจากเดิมมีการใช้แผ่นฟิล์มช่วยในการสร้างภาพ หลังจากนั้นมีการสร้างภาพเป็นดิจิตอล 2 มิติ และเป็น 3 มิติในปัจจุบัน การตรวจเอกซเรย์เต้านม 3 มิติเป็นการตรวจเต้านมด้วยเทคนิคขั้นสูงที่ดีมากในการตรวจค้นหามะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเนื้อเยื่อเต้านมที่มีความหนาแน่น โดยการนำภาพเอกซเรย์เต้านม 2 มิติหลายมุมมาสร้างภาพเป็นเอกซเรย์เต้านม 3 มิติที่มีความละเอียดมากขึ้น ทำให้การตรวจค้นหามะเร็งโดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเต้านมที่มีหนาแน่น มีแนวโน้มสามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ดีมากขึ้น

การตรวจเอกซเรย์เต้านมจะมีนักรังสีการแพทย์ควบคุมการกดเต้านม โดยใช้แผ่นกดเต้านมเพื่อลดความหนาของเต้านม ซึ่งส่งผลให้คุณภาพของภาพดีขึ้น เนื่องจากลดการซ้อนทับของเนื้อเยื่อเต้านม ลดการเบลอของภาพเนื่องจากเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหรือการหายใจ ลดการกระเจิงของรังสีเอกซ์ และปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับลดลง อย่างไรก็ตามการกดเต้านมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด และสร้างความเจ็บปวด

ระหว่างการตรวจ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25-46[8]ปฏิเสธที่จะมาตรวจเอกซเรย์เต้านมซ้ำ โดยให้เหตุผลเรื่องความเจ็บปวด จากการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยมารับบริการตรวจเอกซเรย์เต้านมจำนวน 299 รายพบผู้ป่วยจำนวน 1 รายรังสีแพทย์รายงานผลเป็น BIRADS CATEGORY 5 สอบถามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์เอกซเรย์เต้านมแล้วรู้สึกเจ็บมากหลังจากนั้นผู้ป่วยก็ไม่ได้เข้ารับการตรวจเอกซเรย์เต้านมอีก ผ่านไปหลายปีจึงตัดสินใจมาตรวจเอกซเรย์เต้านมเนื่องจากคลำพบก้อนที่เต้านมและและรูปร่างของเต้านมเปลี่ยนแปลงไปประสบการณีความเจ็บปวดขณะเอกซเรย์เต้านมในครั้งนั้นทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม (House,1985) โดยการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจโดยหวังผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการเพื่อลดความเจ็บปวดขณะเอกซเรย์เต้านม เพิ่มแรงกดเพื่อให้ภาพที่ได้มีความชัดเจน และลดปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการให้บริการตรวจเต้านมและเผยแพร่แก่โรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านม 3 มิติต่อความเจ็บปวด แรงกด ค่าปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง การทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์เอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติ (Digital breast tomosynthesis) แผนกรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบ 3 มิติใช้ Protocol OPDOSE และเลือก Study เป็น Bilateral Tomo + 2D PRIME ระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2567 จำนวน 148 ราย ซึ่งกำหนดคุณลักษณะของประชากรดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) เพศหญิงสัญชาติไทย 2) อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างให้ออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย 2)เคยได้รับการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ผ่าตัด ฉายรังสีหรือรับยาเคมีบำบัดมาก่อน 3) ได้รับยาแก้ปวดก่อนเข้ารับการตรวจเอกซเรย์เต้านม 4) จะต้องตรวจเอกซเรย์เต้านม ซ้ำมากกว่า 1 ครั้งในการมาโรงพยาบาลครั้งนั้น

กำหนดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงงานวิจัยของ Ching-Pyng Kuo[10] โดยศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อ Multimedia ต่อความปวด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านมในไต้หวัน โดยใช้โปรแกรม G POWER 3.1 ในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเป็น two- tailed α level ที่ 0.05,power 0.80 , effect size 0.5 (medium) วิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 64 รายและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้เก็บตัวอย่างเพิ่มที่ 15% เป็นกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ 150 ราย ระหว่างการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์จำนวน 2 รายเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ BMI Barsize สถานภาพ การมีบุตรธิดา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งในญาติสนิท ภาวะหมดประจำเดือน การเจ็บเต้านมก่อน

มาตรวจ ประวัติการตรวจเอกซเรย์เต้านม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะกดเต้านมโดยมีการสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเอกซเรย์เต้านมเสร็จโดยใช้ Numerical rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลขบอกระดับความเจ็บปวดในขณะกดเต้านม โดยมีตัวเลขตั้งแต่ 0-10 และอธิบายให้คนป่วยเข้าใจก่อนว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีหลังเอกซเรย์เต้านม

1.3 แบบบันทึกแรงกดขณะเอกซเรย์เต้านม (N) ค่านี้ได้จากการคำนวณของเครื่องโดยคำนวณจากแรงของแผ่นกดที่มากระทำกับเต้านม จะทำให้เต้านมมีขนาดที่เปลี่ยนไปมีหน่วยวัดเป็นนิวตัน(N)

1.4 แบบบันทึกปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ(mGy)ค่านี้ได้จากการคำนวณของเครื่องโดยคำนวณจากความสามารถของปริมาณรังสีทะลุผ่านวัตถุได้ไม่เท่ากัน และถ่ายเทพลังงานให้กับวัตถุแต่ละชนิดได้ไม่เท่ากัน ดังนั้น ผลของรังสีต่อต่อมน้ำนม จึงแปรผันตามปริมาณพลังงานรังสีที่ต่อมน้ำนมนั้นดูดกลืนไว้ มีหน่วยเป็น มิลลิเกรย์ (mGy) โดยมีค่ามาตรฐานสากลที่ไม่เกิน 3.0 mGy ต่อการถ่ายเอกซเรย์เต้านม 1 ครั้ง

2.เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 การให้ข้อมูลในผู้ป่วยเอกซเรย์เต้านมโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิดีโอที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือการให้ข้อมูลผู้ป่วยในวันนัดหมายประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้) โรคมะเร็งเต้านมและอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เครื่องเอกซเรย์เต้านมและการตรวจเอกซเรย์เต้านม ข้อบ่งชี้ในการตรวจ การเตรียมตัวก่อนตรวจ ขั้นตอนการตรวจเอกซเรย์เต้านมและอัลตราซาวด์ การปฏิบัติตัวหลังการตรวจ และข้อจำกัดในการตรวจเอกซเรย์เต้านม โดยการให้ข้อมูลผ่าน scan QR Code โดยเนื้อหาแสดงเป็นวิดีโอ ส่วนที่ 2 คือการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนเอกซเรย์เต้านมโดยนักรังสีการแพทย์ ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้) อธิบายการตรวจและการจัดท่าการตรวจเอกซเรย์เต้านมโดยการสาธิต ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ เหตุผลข้อดี/ข้อเสียในกดเต้านมในขณะตรวจ

2.2 การดูแลด้านจิตใจ นักรังสีการแพทย์สอบถามถึงอาการที่ผู้ป่วยมาตรวจเต้านมในครั้งนี้ โดยแสดงท่าทางสนใจและห่วงใยผู้ป่วยขณะตอบคำถามพูดคุย การไว้วางใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับนักรังสีการแพทย์ในการกำหนดแรงกดเต้านมตนเองโดยในขณะที่นักรังสีการแพทย์กดเต้านมสามารถให้ผู้ป่วยกดกริ่งเพื่อส่งสัญญาณให้นักรังสีทราบและหยุดกดเต้านมเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ(การเชื่อใจกัน)

คุณภาพเครื่องมือ นำแบบการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยเอกซเรย์เต้านมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ รังสีแพทย์ นักรังสีการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกศัลกรรมจากนั้นนำไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะผลการคำนวณค่า CVI เท่ากับ 0.97 นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินระดับความเจ็บปวด Numerical rating scale (NRS) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยผลดี ผลเสีย ของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา

2. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงแนวทาง เทคนิควิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงพฤศจิกายน 2567 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างโดยทั้ง

สองกลุ่มเก็บข้อมูลทั่วไป ระดับความเจ็บปวดขณะเอกซเรย์เต้านม แรงกด ปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ **Fisher's Exact** และ **Chi-square**

3. การเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด แรงกด และปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยหมายเลขหนังสือรับรอง UDCH_IRB 005/2567 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปีร้อยละ 21.6 BMIเฉลี่ย 23.82 ขนาด Bar size CUP A มากที่สุดร้อยละ 31.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.7 มีบุตร/ธิดาร้อยละ 78.4 จบชั้นอุดมศึกษาร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 42.7 มีประวัติการเป็นมะเร็งในญาติสนิทร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนร้อยละ 62.8 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามีสัดส่วนไม่แตกต่างกันทั้งในด้าน อายุ BMI ขนาดBra size สถานภาพการมีบุตรธิดา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งในญาติสนิทและภาวะหมดประเดือน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับขณะเอกซเรย์เต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดที่ 2.98 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดที่ 3.16 (P=0.666)

3.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแรงกดขณะเอกซเรย์เต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในท่า R CC , L CC ,R MLO, L MLO พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05)

4.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในท่า R CC, L CC, R MLO, L MLO พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เน้นไปที่ผลของการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจในรูปแบบต่างๆ ต่อความเจ็บปวด แรงกดและปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับที่เกิดขึ้นระหว่างการตรวจเอกซเรย์เต้านม 3 มิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 0.18 คะแนน โดยกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยที่ 2.98 และกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยที่ 3.16 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ching-Pyng Kuo และคณะ(2564)ที่พบว่าการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลจากการใช้สื่อวีดีโอในผู้ป่วยเอกซเรย์เต้านมคะแนนความเจ็บปวดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเทคนิคที่ใช้ในการตรวจเป็นแบบ OPDOSE ซึ่งกำหนดแรงกดขั้นต่ำที่ 30 N เพื่อควบคุมคุณภาพของภาพ ทำให้มีความเจ็บปวดจากการกดเต้านมยังคงมีอยู่ในระหว่างการตรวจเอกซเรย์เต้านม แต่เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยกับระดับความเจ็บปวดจะพบว่าอยู่ที่ระดับเจ็บปวดเล็กน้อย

การให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจนี้สามารถเพิ่มแรงกดและลดปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับขณะเอกซเรย์เต้านม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงกดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมในท่า R CC,L CC,R MLO,L MLO ที่ 1.51,1.15 ,0.88,0.89 เท่าตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในท่า R CC,L CC,R MLO,L MLO เฉลี่ยร้อยละ10.10,10.89, 12.28,11.21 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากเนื้อหาของการให้ข้อมูลซึ่งเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความจำเป็นในการตรวจเอกซเรย์เต้านม ขั้นตอนการตรวจ วิธีการตรวจ ข้อดีข้อเสียในการกดเต้านม และการดูแลด้านจิตใจโดยแสดงความรู้สึกสนใจและห่วงใย การเชื่อใจกันโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกดเต้านมตนเองร่วมกับนักรังสีการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมตัวเองได้ ดังนั้น จึงสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ แม้แรงกดมากกว่ามาตรฐานปกติโดยเฉลี่ย 1.10 เท่า ซึ่งส่งผลทำให้ปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 11.12

ข้อเสนอแนะ

ในการลดความเจ็บปวด แรงกด ค่าปริมาณรังสีดูดกลืนที่ต่อมน้ำนมได้รับ ควรจัดให้มีการให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์เต้านม 3 มิติ

เอกสารอ้างอิง

1.Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.

2.International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2022 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 18]. Available fromhttps://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&cancers=20&populations=764&types=1

3.โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง ปี 2565. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

4.Agasthya GA, D'Orsi E, Kim YJ, Handa P, Ho CP, D'Orsi CJ, et al. Can Breast Compression Be Reduced in Digital Mammography and Breast Tomosynthesis. AJR Am J Roentgenol. 2017 Nov;209(5):W322-W332

5.Rama Sapir BScPharm, M Med Sci, Michael Patlas MD, Shalom David Strano MD, Irit Hadas-Halpern MD, Nathan I Cherny MB BS,et al. Does Mammography Hurt. journal of pain and symptom management. January 2003,p1-96

6.Miller D, Livingstone V, Herbison P. Interventions for relieving the pain and discomfort of screening mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;2008(1

7.Henrot P, Boisserie-Lacroix M, Boute V, Troufléau P, Boyer B, Lesanne G, et al. Self-compression Technique vs Standard Compression in Mammography: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2019 Mar 1;179(3):407-414.

8.Patsy Whelehana, Andy Evansa, Mary Wellsb, Steve MacGillivray. The effect of mammography pain on repeat participation in breastcancer screening: A systematic review.The breas.t 2013 Aug;22(4):389-94.

9.Moshina N, Sebuødegård S, Evensen KT, Hantho C, Iden KA, Hofvind S. Breast compression and reported pain during mammographic screening. Eur J Radiol. 2019 Jun;115:59-65.

10.Ching-Pyng Kuo, Pei-Ching Li, Hsiao-Ling Chuang, Shu-Hsin Lee, Wen-Chun Liao, Maw-Sheng Lee. The effect of multimedia health education on pain and anxiety in women undergoing mammography in Taiwan. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 60, Issue 6, November 2021, Pages 1084-1089

11.D. Nelson; R. Berry; K. Szczepura; C.E. Mercer. Assessing the impact of binaural and non-binaural auditory beat intervention to pain and compression in mammography.Radiography,Volume 29,Issue 1, January 2023, Pages 101-108

12.Lambertz CK, Johnson CJ, Montgomery PG, Maxwell JR. Premedication to reduce discomfort during screening mammography.Radiorogy. 2008 Sep;248(3):765-72.

13.Ulus S, Kovan Ö, Arslan A, Elpen P, Arıbal E. A New Technical Mode in Mammography: Self-Compression Improves Satisfaction. Eur J Breast health . 2019 Jun 17;15(4):207-212.

14.Chen B, Wang Y, Sun X, et al. Analysis of patient dose in full field digital mammography. Eur J Radiol. 2012;81:868–72.

15.Branderhorst W, de Groot JE, Highnam R, et al. Mammographic compression—a need for mechanical standardization. Eur J Radiol. 2015;84:596–602.

16.Waade GG, Moshina N, Sæbuødegård S, Hogg P, Hofvind S. Compression forces used in the Norwegian breast cancer screening program. Br J Radiol. 2017;90:20160770.

17.Dullum JR, Lewis EC, Mayer JA. Rates and correlates of discomfort associated with mammography. Radiology. 2000;214:547–52.

18.Keefe FJ, Hauck ER, Egert J, Rimer B, Kornguth P. Mammography pain and discomfort: a cognitive-behavioral perspective. Pain. 1994;56:247–60.

19.de Groot JE, Branderhorst W, Grimbergen CA, den Heeten GJ, Broeders MJM. Towards personalized compression in mammography: a comparison study between pressure- and force-standardization. Eur J Radiol. 2015;84:384–91.

20.de Groot JE, Broeders MJM, Branderhorst W, den Heeten GJ, Grimbergen CA. A novel approach to mammographic breast compression: improved standardization and reduced discomfort by controlling pressure instead of force. Med Phys. 2013;40:081901.

21.Dustler M, Andersson I, Brorson H, et al. Breast compression in mammography: pressure distribution patterns. Acta Radiol. 2012;53:973–80.

22.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข.ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต].กรุงเทพ;2561[เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cpg

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Development of an Acute Ischemic Stroke Care System in the Fang Hospital Network, Chiang Mai, Thailand.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

แสงอาทิตย์ วิชัยยา[1]เขมิกา สิริโรจน์พร[2]
SANGARTIT WICHAIYA[1] Khemika Sirirojpon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งพัฒนาและประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม-ธันวาคม 2567 การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (2) พัฒนาและทดลองใช้ระบบการดูแล และ (3) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน (2) แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน (3)แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน (4) แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ (5) แบบประเมินความรู้และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ของพยาบาล (6) แบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ของพยาบาล (7) แบบประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ (8) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired-sample t-test

ผลการศึกษา หลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง พยาบาลมีความรู้และสมรรถนะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีความเห็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และกว่าร้อยละ 90 ของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน, ระบบการดูแลผู้ป่วย,สมรรถนะทางการพยาบาล ,เครือข่าย

Abstract

This study aimed to develop and evaluate a stroke care system in the Fang Hospital network, Chiang Mai, Thailand. Conducted from January to December 2024, the study comprised three phases: (1) data analysis from medical records and personnel interviews, (2) development and implementation of a stroke care system, and (3) outcome evaluation. Participants included stroke patients and healthcare professionals.The research instruments including consisted of the guidelines and the care plan for acute ischemic stroke, medical record audit form, healthcare professionals interview form, Knowledge and competency assessment for nurses in stroke care , nurses' feedback questionnaire on the guidelines, multidisciplinary team adherence assessment to the stroke care plan , and clinical outcome recording form to track patient progress. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-sample t-test to compare pre- and post-intervention outcomes.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

The result showed that after implementing the system, the average door-to-needle time, complication rates, and mortality rates decreased. Nurses demonstrated a statistically significant improvement in stroke care knowledge and competency ($p<.001$) and reported high satisfaction with the care system. Additionally, over 90% of the multidisciplinary team adhered to the care protocols appropriately.

Keywords: acute ischemic stroke, stroke care system, nursing competency, network

บทนำ

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของ การเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และมีแนวโน้ม ที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปี [1] สำหรับในประเทศไทย จากรายงานฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปปี 2560–2565 เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 184.11, 202.01, 217.58, 222.73, 221.71 และ 222.19 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 5.06, 4.80, 4.64, 4.74, 4.89 และ 5.19 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke เท่ากับ 5.77, 6.59, 7.75, 8.04, 7.38 และ 7.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง [2]

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) พบได้ ร้อยละ80-90 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 15-20[3] สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) ในผู้ป่วยที่มีอาการมาไม่เกิน 270 นาทีที่ดีที่สุด คือการให้ยา rt-PA ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 270 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งได้รับการให้ยา rt-PA (onset to needle time) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ช่วยให้เลือดไหลไปเลี้ยงบริเวณที่มีพยาธิสภาพได้อีกครั้ง [4]

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามเกณฑ์ จึงถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบเครือข่ายนั้นก่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการแบบ ไร้รอยต่อ (seamless) ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track ได้ภายใน 60 นาที (ต่อมาลดลงเหลือ 45 นาที) หรือทุกๆระยะทาง 60 - 80 กิโลเมตรนั้น ต้องมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด นอกจากนี้ ยังทำให้ทีมผู้ให้การรักษาเข้าถึงผู้ป่วยและเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เกิดความปลอดภัย มีโอกาสหายสูงขึ้น ลดการเสียชีวิตและความพิการได้อย่างมาก[5] การพัฒนาระบบทั้งเครือข่าย จึงเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วย การทำงานร่วมกันระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่ายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการให้บริการที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการว่ามีมาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบบริการทั้งเครือข่าย ต้องมี ความมุ่งมั่นและจริงใจของแม่ข่าย ลูกข่ายทุกคนในทีม และทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องตลอดไป[6]

โรงพยาบาลฝาง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 232 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้บริการรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่าย

ได้แก่ โรงพยาบาลแม่อาย และโรงพยาบาลไชยปราการ จากสถิติโรงพยาบาลฝาง ปี 2565-2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 442 และ 464 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) จำนวน 305 และ 325 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.00 และ 70.04 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับยา rt-PA ภายใน 45 นาที เท่ากับ 40 และ 42 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เป้าหมาย≥50%)[7] อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 3.18 และ 4.26 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5)[7] นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการแย่ลงหรือภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.06 การติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 15.09 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10.81[8] ทั้งนี้ ที่ผ่านมาโรงพยาบาลฝาง มีการพัฒนาช่องทางด่วนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก โดยจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดรูปแบบการดูแลเป็นคำสั่งการรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฝาง แต่จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลลูกข่าย พบว่ายังไม่มีระบบที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการจัดการล่าช้า โดยจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลฝาง เดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 พบปัญหาการดูแล ดังนี้ (1) ด้านระบบบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกันในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการล่าช้า อาการทรุดลง (2) ด้านระบบบริการในหอผู้ป่วยขาดการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ขาดการวางแผนดูแลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (3) ด้านบุคลากร ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ขาดทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาท การปฏิบัติขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาลแต่ละคน (4) ด้านผู้ป่วย การเข้ามารับบริการล่าช้า (5) ด้านผลจากการดูแล ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ (6) ขาดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีการเชื่อมโยงการสื่อสารการประสานงานอย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาล เป็นต้น จากปัญหาและผลการดูแลผู้ป่วยที่กล่าวมาสะท้อนถึงกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องมีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งมีเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับดูแลตามมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยง ควบคุมภาวะเจ็บป่วย ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน เครือข่ายโรงพยาบาลฝาง เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล การจัดบริการพยาบาล รวมถึงการประสานการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเชื่อมโยงตั้งแต่แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จนถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง ตลอดถึงการรับผู้ป่วยไว้ ในหอ

ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003)[9] ซึ่งจะช่วยสื่อถึงภาพรวมขององค์กรและแก้ไขปัญหาครอบคลุมทั้งระบบในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ในเครือข่ายโรงพยาบาลฝาง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพปัญหา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 2) ระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะที่มีการประชุมร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางการรักษาและแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน และ 3) ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบ เป็นระยะของการประเมินผลลัทธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ให้บริการพยาบาล และด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian Model (2003)[9] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านโครงสร้าง (Input or Structure) เปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ 2.ด้านกระบวนการ (Process) คือ ส่วนประกอบ ต่าง ๆ ทางปฏิสัมพันธ์ ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ และ 3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ สภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยลักษณะขององค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน พบว่า มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน หากมีโครงสร้างและกระบวนการที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา เนื่องจากโครงสร้างการบริการจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการและกระบวนการย่อมมีอิทธิพล ต่อผลลัพธ์[10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีค่าคะแนนประเมินอาการทางระบบประสาท (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) อยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน[11] และ มีค่าคะแนนภาพตัดขวางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเชิงปริมาณ (Alberta Stroke Program Early CT Score: ASPECTS) มากกว่า 6 คะแนน[12] ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฝาง ในรูปแบบบริการเร่งด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งสื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือได้รับการส่งต่อรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าระหว่างการดำเนินการวิจัย จำนวน 30 ราย

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือวิจัยตามระยะของการทำวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน พัฒนาโดย สุปราณี ยะวิญชาญ และ วรวรรณ ชำนาญยิ่ง[13] เป็นการประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน (Care map) ของทีมสหวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงรับไว้รักษาตัว ใน 72 ชั่วโมง

1.2 แบบสัมภาษณ์บุคลากร ทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน พัฒนาโดย สุปราณี ยะวิญชาญ และ วรวรรณ ชำนาญยิ่ง [13]

ระยะที่ 2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่แต่แรกรับจนถึงรับไว้รักษาตัว ใน 72 ชั่วโมง

2.2 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลฝาง สำหรับ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักรังสีเทคนิค นักเทคนิคการแพทย์

2.3 แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบหรือตัน ของสถาบันประสาทวิทยา[11] มาประยุกต์ใช้ แบ่งเป็นแบบทดสอบความรู้ก่อนอบรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว และแบบทดสอบความรู้หลังการอบรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับผลการอบรมความรู้ การกำหนดช่วงคะแนนโดยใช้ร้อยละของคะแนน มี 5 ระดับ[14] ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ดีมาก ร้อยละ 70-79 หมายถึง ดี ร้อยละ 60 -67 หมายถึง ค่อนข้างดี ร้อยละ 50 -59 หมายถึง พอใช้ ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ต้องปรับปรุง

ระยะที่ 3. การประเมินผล แบ่งเป็น ด้านผู้ให้บริการ และ ด้านผู้รับบริการ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ด้านผู้ให้บริการ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ตำแหน่ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

2. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาโดยสุปราณี ยะวิญชาญ และ วรวรรณ ชำนาญยิ่ง [13] เป็นแบบประเมินการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม มีประเด็นสังเกตพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน กำหนดให้ค่าคะแนนผ่านที่เกณฑ์ 80 %

3. แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียนประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะเฉียบพลัน (Standing order) ของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักรังสีเทคนิค นักเทคนิคการแพทย์ พัฒนาโดยสุปราณี ยะวิญชาญ และ วรวรรณ ชำนาญยิ่ง [13] เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยระบุ การบันทึกเป็น “ปฏิบัติตามแผน” และ “ไม่ปฏิบัติตามแผน”

4.แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ เป็นการประเมินค่ามาตราส่วนของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วย น้อยที่สุด ถึง เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยของช่วงระดับคะแนน ตามแนวคิดของ Best [15] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย

4.20 – 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4. หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.39 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

3.2 ด้านผู้ใช้บริการ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา และ โรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

2. แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์[11] ประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน รวม 13 ข้อคำถาม มีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 42 โดยคะแนน 0 หมายถึง ปกติ และคะแนนที่มากขึ้น หมายถึงความบกพร่องที่มากขึ้น

3. แบบบันทึกการได้รับยา rt-PA ซึ่งพัฒนาโดย คณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ แบบบันทึกระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time, อ้างอิงจากการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเสียชีวิต โดยอ้างอิง จากการวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้ ในเวชระเบียนผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ คือ เกิด/ไม่เกิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน โดย

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน และแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน หลังผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลและแบบบันทึกผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 , 0.87 และ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลฝางที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20(Kuder-Richardson [KR-20]) ได้เท่ากับ 0.71

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินกิจกรรมตามระยะของการทำวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ประกอบด้วย การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่ เดือน มกราคม-เมษายน 2567 จำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการตั้งแต่แรกรับ จนถึงการประเมินหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และสัมภาษณ์ทีมบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อทราบปัญหาและ

อุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาด้านประเมินผู้ป่วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ดำเนินการตั้งแต่พฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การร่างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาจากระยะที่ 1 เพื่อนำมาสร้างระบบการดูแล

2. กำหนดทีมพัฒนาระบบแบบสหสาขาวิชาชีพ

3. กำหนดร่างระบบการดูแลผู้ป่วย มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลและการประเมินอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน (2) บริหารจัดการด้านความพร้อมของทรัพยากร (3) กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน และแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน โดยพัฒนามาจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 มีนาคม 2567) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์[11] (4) ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และ (5) ประเมินผลลัพธ์ จากนั้นมีการตรวจสอบคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความตรงเชิงเนื้อหา

4. เตรียมการนำระบบการดูแลผู้ป่วยไปใช้ โดยประชุมชี้แจงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรายละเอียดและการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น และจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ดำเนินการ เดือนสิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยนำระบบการดูแลผู้ป่วยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 5 คน จากนั้นทีมผู้วิจัย ได้พัฒนาระบบตามประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะ จนได้ระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน เป็นการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง ดำเนินการ เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

1.ประชุมหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง

2.ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย

3.เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกและรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้ระบบการดูแลเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ทั้งผลลัพธ์ด้านบุคลากร และด้านผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวทางการรักษา การปฏิบัติตามแผนการการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับ

ยาละลายลิ่มเลือด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการทดสอบ paired sample t-test เพื่อทดสอบประสิทธิผลของระบบที่พัฒนา

3. ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการสอบถามสถานการณ์ปัญหา และความต้องการการพัฒนาระบบ รวมถึงข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์โรงพยาบาลฝาง เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 20/2566 วันที่ 27 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ระยะที่1.สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน

ในระยะแรกของการวิจัย ทีมผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลฝาง เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2567 จำนวน 30 ราย พบสถานการณ์ปัญหาการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน อีกทั้ง ทีมผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน เพื่อทราบถึงสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการดูแล ดังนี้

1.ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน ระหว่างโรงพยาบาลฝางและเครือข่าย ทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารข้อมูลและขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย

2.โรงพยาบาลฝาง มีอัตราการหมุนเวียนบุคลากรทางการแพทย์สูง บุคลากรที่คงอยู่มีประสบการณ์การทำงานน้อย อาศัยการศึกษาเรียนรู้ฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน เช่น การประเมินอาการโดยใช้คะแนน NIHSS ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงวิธีการผสมยาและการให้ยาที่ถูกต้อง

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้าเนื่องจากไม่มีสัญลักษณ์บ่งชี้ความเร่งด่วน

4.ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันในโรงพยาบาลได้รับการประเมินล่าช้าจนเกินระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด

5.เภสัชกรไม่มีการตรวจสอบขนาดยาในคำสั่งแพทย์ซ้ำ ทำให้มีการจ่ายยาเกินน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

6.พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาของหน่วยงาน เช่น มีการจัดเตรียมยาก่อนมีคำสั่งการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 2.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน

หลังจากได้รับข้อมูลที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันทีมผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง กับการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน เพื่อทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย ตาม

ขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละงาน และที่ประชุมมีมติให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น จากเดิมไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชัดเจนระหว่างเครือข่าย แนวทางเดิม รพ.ฝาง มีความยุ่งยาก ซับซ้อนต่อการปฏิบัติงาน และ ไม่มีแนวทางชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลฝางและเครือข่าย โดได้มีการปรับปรุงสาระสำคัญ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ขั้นตอนการปฏิบัติงานแต่ละทีมและแต่หน่วยงาน ที่มีความชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ

หลังจากที่พัฒนาระบบการดูแลในรอบแรก ทีมผู้วิจัยได้นำระบบการดูแลดังกล่าวไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน ในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว 5 คน ผลการทดลองใช้ในรอบแรก พบประเด็นปัญหาที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การกำหนดการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเร่งด่วน ยังไม่มีความชัดเจน การเอกซเรย์ทรวงอกมีความยุ่งยาก ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปแผนกเอกซเรย์ และการส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายยังไม่ครบถ้วน

จากนั้นได้นำข้อมูลปัญหาจากการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วย นำมาประชุมทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ให้ได้ระบบดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1.แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลรักษาของ สหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนถึง 72 ชั่วโมง เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้จัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้อยู่ในเอกสารชุดเดียวกัน ทำให้แต่ละวิชาชีพติดตามและสามารถนำมาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันได้

2.คำสั่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ คำสั่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

3. การดูแลพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมถึงประสานงาน ส่งต่อข้อมูลสำคัญกับสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย

ระยะที่ 3. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตามระยะเฉียบพลัน

หลังจากที่ทีมวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลันแล้ว ได้ประกาศใช้ระบบที่พัฒนาดังกล่าว โดยเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม 2567 ทีมวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดกับบุคลากร ประกอบด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเสียชีวิต ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle Time ความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน และทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลันได้ โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลง ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ ลดลงจาก ร้อยละ 6.67 เหลือ ร้อยละ 3.33 ระยะเวลาเฉลี่ย Door to

needle time ลดลงจาก 49.33 นาที เหลือ 40.53 นาที และไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะรวมถึงไม่พบผู้เสียชีวิต

3.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ก่อนการพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ เฉลี่ย 8.86 $\pm$ 3.15 คะแนน และ 13.80 $\pm$ 1.20 คะแนน ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่อาย มีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ เฉลี่ย 8.27$\pm$ 2.28 คะแนน และ 13.45$\pm$ 1.43 คะแนน ตามลำดับ และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยปราการ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ เฉลี่ย 8.63$\pm$ 1.91 คะแนน และ 13.630 $\pm$ 1.36 คะแนน ตามลำดับ โดยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลันก่อนพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ เฉลี่ย 36.36 $\pm$ 1.77 คะแนน และ 40.73 $\pm$ 2.38 คะแนน ตามลำดับ โดยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีต่อแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.42 ด้านแนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติและส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 51.42 ด้านมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล มีความสะดวกในการใช้งาน ส่วนด้านมีความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นระดับมาก ร้อยละ 48.58

ด้านผู้ให้บริการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน พบว่านักรังสีเทคนิคปฏิบัติตามตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ส่วนที สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ สามารถปฏิบัติตามแผนเกือบครบถ้วน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ผลการวิจัย พบประเด็นสำหรับการอภิปรายในเชิงลึกเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน

จากการทำวิจัยในระยะที่ 1 พบปัญหาหลักๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ได้แก่ ยังไม่มีระบบ การดูแลผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายที่ชัดเจน ต้องอาศัยการประสานงานบุคลากรจากหลายวิชาชีพ โดยแต่ละบุคคลมีแนวคิด การปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และการประสานงานการดูแล

เป็นปัญหาที่พบบ่อย เช่น จากการประสานงานระหว่างเครือข่ายไม่เป็นไปในทางเดียวกัน บุคลากรบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว [16] เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุในเชิงลึก พบว่าปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่ง เกิดจากการที่บุคลากรพยาบาลขาดความรู้และสมรรถนะใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน โดยเฉพาะความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็น ช่วงวิกฤติในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันการและลดความรุนแรงของโรค

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำเป็นต้องมีความรู้ ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธหล้า[17] ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.05) นอกจากนี้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลน่าน [13] พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามมาตรฐาน นอกจากนี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เป็นโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องการการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่แตกต่างกันไป [18] จากการศึกษาของโรงพยาบาลฝางในครั้งนี้ จะเห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย จะต้องเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาจริงในการทำงาน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดความเหมาะสมกับบริบท เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาแบบเดิมกับการรักษาร่วมกับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดอัตราตาย ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [19]

3. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน

ผลการพัฒนาส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากผลการวิจัย พบว่า เวลาเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Door to Needle time) ที่รวดเร็วขึ้นจาก 49.33 นาที ลดลงเหลือ 40.53 นาที นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้แก่ อัตราการเกิดปอดติดเชื้อจากร้อยละ 6.67 เหลือร้อยละ 3.33 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากร้อยละ 3.33 เหลือ ร้อยละ 0 สอดคล้อง กับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลน่าน พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับยา rt-PA (Door to Needle time)

ลดลงจาก 54 นาที เหลือ 42 นาที อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลงจาก ร้อยละ 4.18 เหลือ ร้อยละ 2.01 อัตราการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลงจาก ร้อยละ 1.48 เหลือ ร้อยละ 1.28 [13] นอกจากนี้ไม่พบอัตราการเสียชีวิตหลังจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัย ภายใต้ข้อจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ผลการวิจัยพบว่า อัตราตายลดลงจากร้อยละ 0.68 เหลือร้อยละ 0.08[20] แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจินตนา คำภักดี และคณะ[21] อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันในครั้งนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย มีการกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ระยะเฉียบพลัน ผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เข้าถึงยาละลาย ลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็วขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการส่งต่อผู้ป่วยรวมไปถึงเพิ่มศักยภาพบุคลากร ในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่ายประกอบการได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนากร นักกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2. ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการ ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำระบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปขยายผลการดำเนินงานตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อเชื่อมประสานความร่วมมือของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มรูปแบบและมีการติดตามผลระยะยาวมากขึ้น

2. สามารถนำระบบการพัฒนาไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติ เช่นโรคหัวใจขาดเลือด STIMI

เอกสารอ้างอิง

1.วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทอง, ศิริษา โคตรบุดดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):25-35.

2.สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*. 2565;39(2):40-46.

3.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ บริษัท อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด; 2564.

4.Heart and Stroke Foundation of Canada. Stroke: How is stroke treated? [Internet]. [cited 2022 Jan 5]. Available from: https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/stroke-care/first-few-days

5.สมศักดิ์ เทียมเก่า. 13 ปี เส้นทางการเรียนรู้และพัฒนา Stroke Fast Track ของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2566;17(1):191-99.

6.สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*. 2555;14(3):3-12.

7.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

8.สารสนเทศ โรงพยาบาลฝาง. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน. *โรงพยาบาลฝาง*; 2567.

9.Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. 2005;83:691-729.

10.สุวดี เขียวสะอาด, ทองเปลว ชมจันทร์, สัญญา โพธิ์งาม. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2558;23:63-75.

11.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2567.

12.Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49(3):e46–110.

13.สุปราณี ยะวิญชาญ และ วรวรรณ ชำนาญช่าง.การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2562;29(3):205-218.

14.วิรัช วรรณรัตน์. คะแนนสอบและการตัดเกรด. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. 2560;2(3):1-11.

15.Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.; 2006.

16.ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล และ อรวรรณ อนามัย.การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2016;26(2):142-153.

17.สุดารัตน์ ศิริประภาพล, สมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31:S353-S364.

18. Clarke DJ, Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. J Multidiscip Healthc. 2015;8:433–43.

19.สุวรรณา ธรรมสุภาพงศ์. การลดอัตราตายและโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2551;25(2):166–74.

20 วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์, วราภรณ์ ลีลา, อนัฏฐ์ชา พงษ์บริบูรณ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564;5(1):1–10.

21. จินตนา คำภักดี, สุวรรณา ธรรมสุภาพงศ์, สุวรรณี สุวรรณา. ประสิทธิภาพของ Fast Tracks Hub System ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2560;14(2):85–95.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

The development of colonoscopy service model the bowel preparation at home for One day Surgery. Borabue Hospital Mahasarakham Province.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

นุชสิญาภัส ฟูลเน็กกี้[1]
Nuchsiyaphas Fulnecky[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองจากบ้านและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 47 ราย เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน แบบสอบ ถามผู้รับบริการเรื่องความสะอาดของลำไส้ และแบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมองและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบบริการงานห้องผ่าตัด มีศูนย์ Scope centerสามารถเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ได้สะอาดไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ลดวันนอน ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจในการบริการห้องผ่าตัด อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การเตรียมลำไส้เองที่บ้าน การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

This research aimed to develop a home colonoscopy service model and study the effectiveness of the developed model. This research was an action research conducted from August 2023 to July 2024. The sample consisted of 47 patients who underwent home colonoscopy with bowel preparation for same-day surgery. The instruments used were an interview form, an assessment form of compliance with the guidelines for home colonoscopy with bowel preparation, a questionnaire on colon cleanliness, and a satisfaction assessment form. Data were collected through interviews, brainstorming sessions, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

Results of the study: The developed model is an improvement of the operating room service model. There is a Scope center that can prepare patients for colonoscopy by preparing their own bowels at home. Patients prepare their bowels cleanly. There is no incidence of postponed colonoscopy. It reduces length of stay, reduces hospital congestion, reduces costs, and satisfaction with operating room services is at a very good level.

Keywords: Homemade bowel preparation, Colonoscopy, one day surgery

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) เป็นโรคที่พบว่าทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตเป็นลำดับต้น ๆ จากสถิติขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี 2018 พบว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งประชากรเพศชายและเพศหญิง ประมาณ 18.07 ล้านราย โดยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 1.84 ล้านรายและอัตราการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 2 โดยองค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ได้จัดทำอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งใน

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ประเทศไทยของปี 2018 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รายใหม่ประมาณ 17,534 ราย สามารถแบ่งออกเป็นเพศชายจำนวน 9,015 ราย และเพศหญิง 8,519 ราย และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงมีอัตราการรอดชีพต่ำ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เพื่อที่จะสามารถป้องกันก่อนการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกสามารถจะรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 95 การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การรักษาที่เร็วในระยะที่โรคยังไม่ลุกลาม[1] การตรวจคัดกรอง วิธีการแบ่งออกเป็น 3 วิธีหลัก คือ การตรวจคัดกรองจากอุจจาระ, การตรวจคัดกรองจากการส่องกล้อง และการตรวจ X-ray โดย 1) การตรวจจากอุจจาระ คือ การตรวจหาเลือดปนที่มีในอุจจาระ (Fecal occult blood test) และการตรวจหา DNA ที่ได้จากการหลุดลอกของเนื้องอกลำไส้ใหญ่ปนในอุจจาระ (DNA stool test) 2) การตรวจจากการส่องกล้อง คือ ดูลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (Colonoscopy) และ การกลืนกล้องแคปซูลลำไส้ใหญ่ (Capsule Colonoscopy) 3) การตรวจ X-ray คือ การถ่ายภาพเอกซเรย์ด้วยวิธีการสวนแป้งทางทวารหนัก (Barium Enema), การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการคัดกรองมาตรฐานในการตรวจประเมินพยาธิสภาพต่างๆ และประเมินความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่ นอกจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะใช้ในการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังสามารถใช้ติดตามการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รวมถึงสามารถตรวจดูอาการอักเสบของลำไส้ แผลที่เกิดในลำไส้ เนื้องอกอื่นๆ หรือการลุกลามของมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ลุกลามเข้ามาด้านในลำไส้ใหญ่ และความผิดปกติของหลอดเลือดในลำไส้ใหญ่ โดยผู้ที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกรายจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลพร้อมทั้งได้รับเอกสารการเตรียมตัว ซึ่งการเตรียมตัวของสมาคมส่องกล้องระบบทางเดินอาหารแห่งยุโรป 2019 (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) มีข้อปฏิบัติ คือ 1) การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2) ขั้นและวิธีการรับประทานยาระบาย 3) การหยุดให้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 4) การสังเกตความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยการดูจาก 4 ลักษณะของอุจจาระ 5) ระยะเวลาหลังการประทานยาระบายควรได้รับการส่องกล้องภายใน 5 ชั่วโมง เพื่อผลของการเห็นลำไส้ใหญ่ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ยังคงเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่ได้ประสิทธิภาพ ทำให้ต้องได้รับการเตรียมเพิ่มเติม โดยการสวนล้างลำไส้ หรือได้รับยาระบาย[2] ตลอดจนอาจต้องยกเลิกการตรวจในวันนั้นและนัดหมายมารับการตรวจในวันอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกับการเตรียมลำไส้ พบว่า เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน cleansing agent และปัจจัยด้านบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี เพศชายจะเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอมากกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาจะเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอ โรคประจำตัวและยาที่ใช้ประจำ อาการท้องผูกเรื้อรัง[3] และความรอบรู้ด้านสุขภาพ คนที่ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้าน cleansing agent ได้แก่ ชนิดของยาระบาย และการรับประทานยาระบาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และปัจจัยด้านบุคคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย เอกสารที่ให้ประกอบการสอน โดยปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวข้างต้นมีความสำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้พร้อมเข้ารับการส่องกล้อง[4]

โรงพยาบาลบรบือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ผู้บริหารกำหนดนโยบายยกระดับบริการผ่าตัดแบบ (ODS) และวางแผนพัฒนาตั้งแต่ปี 2565 มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความแออัดใน

โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและโรงพยาบาล การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นบริการที่มีผู้เข้ารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ในรูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยพบว่า ผู้ที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) 3 ปี ย้อนหลัง มีจำนวนเฉลี่ยต่อปี ดังนี้ ปี 2564 จำนวน 153 ราย ปี 2565 จำนวน 246 ราย ปี 2566 จำนวน 256 ราย ตามลำดับ ในระยะแรกจะเป็นการเตรียมลำไส้แบบนอนค้างคืน 2-3 วัน ก่อนส่องกล้อง พบว่าทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มโครงการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในปีงบประมาณ 2566[5] จึงได้เพิ่มรูปแบบให้บริการเป็นการเตรียมลำไส้มาจากบ้าน มีผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยการเตรียมลำไส้มาจากบ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยศึกษาความรู้ พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ และความสะอาดของลำไส้ใหญ่ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงกระบวนรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้มาจากบ้าน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองจากบ้าน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการ 3 วงรอบ โดยมี 5 ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (สิงหาคม – ธันวาคม 2566)

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงานจากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (ODS) การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดแบบ ODS ได้แก่ ศัลยแพทย์ พยาบาลประจำห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และ คณะกรรมการพัฒนางาน ODS รวม 32 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ ดำเนินการช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เป็นการออกแบบและพัฒนากระบวนการทำงาน ผ่านการประชุมระดมสมอง โดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 (2) กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มาเป็นตัวกำหนดขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบ ODS โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 32 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่าน

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นใช้ระยะเวลา 2 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึกการเตรียมลำไส้ที่ถูกต้อง แบบบันทึกการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ แบบประเมินผู้ป่วยระยะหลังการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบ ODS ที่เตรียมลำไส้มาจากบ้าน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 2 (มกราคม- กุมภาพันธ์ 2567)

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ชุดเดิม จากขั้นตอนที่ 2 มาร่วมในการสนทนากลุ่ม รวมจำนวน 32 ราย ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดตามขั้นตอนการให้บริการและผลการจัดเก็บตัวชี้วัด หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านและดำเนินการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงใช้ระยะเวลาอีก 1 เดือนในการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่แบบ ODS ในเดือนมกราคม พ.ศ.2567 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 3 (มีนาคม- กรกฎาคม 2567)

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เก็บข้อมูลโดยใช้ระบบลงทะเบียนการทำหัตถการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery system) โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึกการเตรียมลำไส้ที่ถูกต้อง แบบบันทึกการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ แบบประเมินผู้ป่วยระยะหลังการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ จำนวน 47 คน ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

เครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน แบบสอบถามผู้รับบริการเรื่องความสะอาดของลำไส้ และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

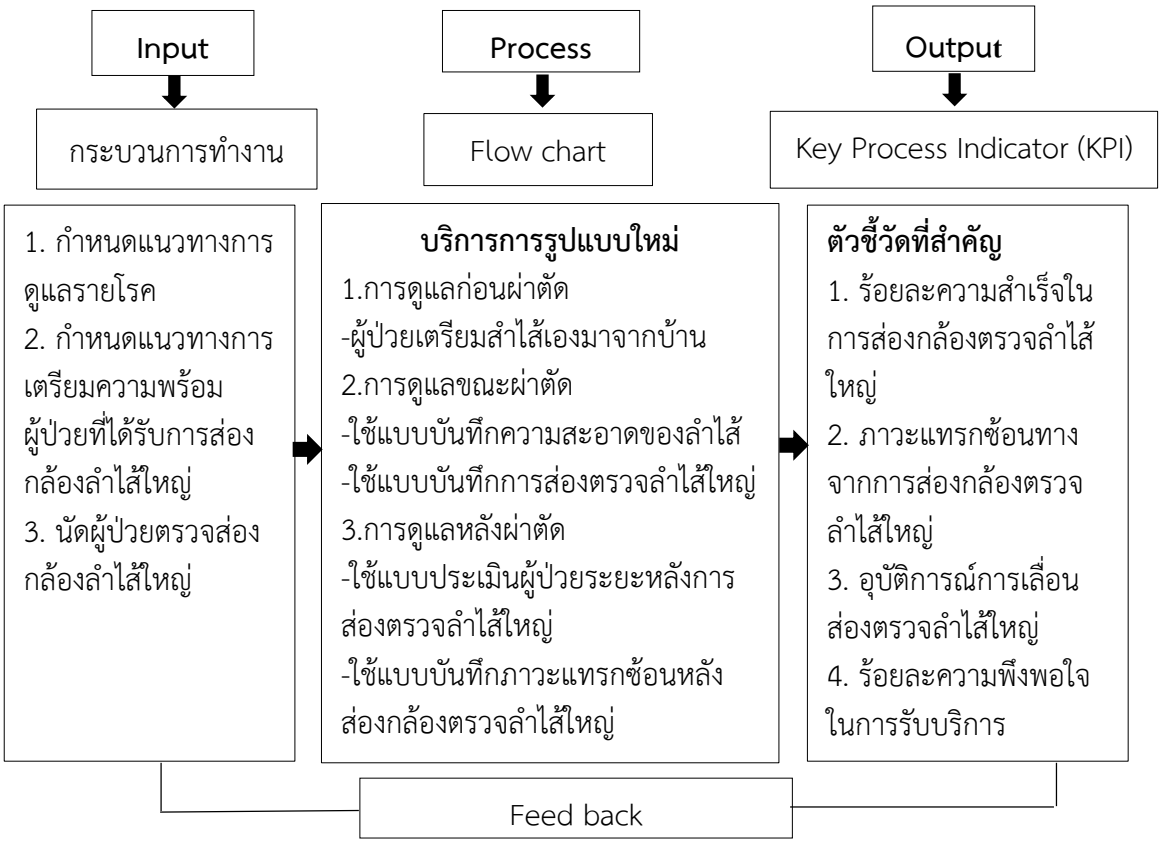
งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 38/2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์และแสดงความคิดเห็นทั้งสิ้น 32 คน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์จำนวน 2 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 6 คน ศัลยแพทย์ จำนวน 6 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 9 คน พยาบาลแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแผนกละ 2 คน โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.5 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.66) อายุระหว่าง

30 -39 (ร้อยละ 73.33) ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ที่บ้านและไม่กล้าซักถาม ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล การเตรียมลำไส้ที่โรงพยาบาล 2-3 วัน ก่อนส่องกล้องทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด เกิดจากการกินยาไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ผู้รับบริการและญาติเสียเวลาและค่าใช้จ่าย การรักษาล่าช้า

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) ดังนี้



ภาพที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้มาจากบ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) จำนวน 5 ราย มีอัตราการเลื่อน/งดการส่องกล้อง 3 ราย จากการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด จากการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้เลื่อนการส่องกล้อง พบว่า ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีญาติดูแล ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาระบายเพื่อเตรียมลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา รายที่ 2 ไม่เข้าใจเกี่ยวคำแนะนำในการปฏิบัติและทำแผ่นพับคำแนะนำหายผู้ป่วยจึงดื่มน้ำน้อย รายที่ 3 ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารเหลวตามที่แพทย์สั่งจึงทำให้ลำไส้ไม่สะอาดจึงมีการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนต่อมา

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่เข้าใจการเตรียมลำไส้เองที่บ้าน จึงมีการปรับปรุงระบบติดตามผู้ป่วย โดยเพิ่มช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย ด้วยการขอเบอร์โทรศัพท์และการใช้ Application line ติดตามและให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพิ่ม QR code คำแนะนำการเตรียมลำไส้เองที่บ้านและการ

ปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ หลังการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (ODS) ที่เตรียมลำไส้เองจากบ้าน จำนวน 5 ราย อัตราการเลื่อน/งดการส่องกล้อง 0 ราย หลังส่องตรวจลำไส้ใหญ่ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการส่องกล้อง

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง

การนำรูปแบบไปใช้จริง ผลลัพธ์หลังจากการนำรูปแบบการจัดบริการไปใช้จริง เป็นระยะเวลา 5 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมากขึ้นจำนวน 47 คน ได้รูปแบบ ดังนี้

ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่เตรียมสำไส้มาจากบ้าน นำไปใช้จริง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) เพศชาย (ร้อยละ 38.30) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 46.81) รองลงมา คือ อายุ 55 – 64 ปี (ร้อยละ 29.79) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 44.68) รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 38.30) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 53.19) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 23.40) ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.32) รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 21.28)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) (N = 47)

ประสิทธิภาพการเตรียมลำไส้	ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบบริการ		
	รูปแบบที่พัฒนา (พ.ย.- ธ.ค. 66) จำนวน (ร้อยละ) N = 5	รูปแบบที่ปรับปรุง(ม.ค.- ก.พ. 67)จำนวน (ร้อยละ) N = 5	รูปแบบไปใช้จริง(มี.ค.- ก.ค. 67) จำนวน (ร้อยละ) N = 47
1.ระดับความสะอาดลำไส้ใหญ่			
- ระดับสะอาด	1 (20.00)	3 (60.00)	31 (65.96)
- สะอาดระดับปานกลาง	2 (40.00)	2 (40.00)	16 (34.04)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) (N = 47)

ประสิทธิภาพการเตรียมลำไส้	ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบบริการ		
	รูปแบบที่พัฒนา (พ.ย.- ธ.ค. 66) จำนวน (ร้อยละ) N = 5	รูปแบบที่ปรับปรุง(ม.ค.- ก.พ. 67)จำนวน (ร้อยละ) N = 5	รูปแบบไปใช้จริง(มี.ค.- ก.ค. 67) จำนวน (ร้อยละ) N = 47
- ลำไส้ไม่สะอาด	2 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. อุบัติการณ์เลื่อนการส่องกล้อง	2 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตารางที่ 1 รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ไม่สะอาด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 40) อุบัติการณ์เลื่อนการส่องกล้อง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 40) จะเห็นได้ว่าระยะหลังการพัฒนารูปแบบการปรับปรุงรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้จริง ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ ระดับสะอาด ร้อยละ 60 และร้อยละ 65.96 ตามลำดับ ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนการส่องกล้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดบริการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
ศูนย์ประสานงาน	-ยังไม่ชัดเจน	-ประสานงานผ่านศูนย์ ODS -มีศูนย์ Score center	-มีผู้รับผิดชอบดูแลและดำเนินการชัดเจน (Nurse manager)
แนวทางปฏิบัติ	-มีแต่ไม่ชัดเจน	-มีและสื่อสารปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน	-มีแนวทางปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ
การให้ความรู้/คำแนะนำ	-ให้คำแนะนำปากเปล่าก่อนกลับบ้าน	-ให้ความรู้การปฏิบัติตัวรายบุคคล -เสริมแรงด้านบวกแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีการเตรียมลำไส้ได้ดีแนะนำผู้ป่วยรายใหม่ได้ -สื่อให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ คลิปวิดีโอการเตรียมลำไส้พร้อม QR code	-ผู้ป่วยเข้าใจง่ายและสะดวก -ข้อมูลจากผู้ป่วยที่ผ่านมามีการเตรียมลำไส้ได้ดีช่วยให้ผู้ป่วยรายใหม่สามารถนำไปปฏิบัติตามอย่างเห็นผลจริง
ระบบติดตามผู้ป่วยก่องส่องตรวจลำไส้ใหญ่	-โทรศัพท์ติดตามก่อน admit เตรียมลำไส้ 1 วัน	-โทรศัพท์ติดตามประเมินผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 2 ก่อนส่องตรวจ - Application Line	- ลดค่าใช้จ่าย - ลดการเลื่อนส่องกล้อง - ลดความแออัด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (N=47)

ความพึงพอใจ	Mean	SD
1. ด้านสถานที่	4.80	0.58
2. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.26	0.49
3. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	4.66	0.51
4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.88	0.60
รวมทุกด้าน	4.65	0.54

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับดีมาก ทั้งในด้านสถานที่ ด้านบริการ ด้านบุคลากรและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (คะแนนเฉลี่ย 4.80, 4.26 , 4.66 และ 4.88 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการให้บริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยการเตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS พบว่า ผู้ป่วย

Colonoscopy พบปัญหาในการเตรียมลำไส้ก่อนมาส่องกล้องในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุจะพบปัญหาด้านการรับรู้ การดูแลตนเองน้อย และผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน และ กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานจะให้ความสำคัญน้อยในการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องตรวจทำให้ลำไส้ไม่สะอาด และ มีอุบัติการณ์การเลื่อนส่องตรวจลำไส้ จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบบริการ พบว่า ผู้ป่วยมีการเตรียมลำไส้ที่สะอาดขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนส่องกล้อง ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ กันร์ติชา เขียดน้อย [4] ศึกษาเรื่องความรู้ พฤติกรรมการเตรียม และความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยแพทย์เป็นการประเมินหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผลการประเมิน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับดี (ร้อยละ 79.79) และรองลงเป็นระดับพอใช้ (ร้อยละ 20.21) ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระดับดีและพอใช้นี้ ทำให้แพทย์สามารถมองเห็นเยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ได้อย่างชัดเจน ผลการตรวจ พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีลำไส้ใหญ่ปกติ (ร้อยละ73.40) และ พบว่ามีติ่งเนื้อ (Polyp) ตามตำแหน่งต่างๆ ของลำไส้ใหญ่ รวม 25 คน โดยได้ทำหัตถการเพิ่มเติม คือ ตัดติ่งเนื้อและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (20 คน ร้อยละ 21.28) และอีก 5 คน (ร้อยละ 5.32) แพทย์ได้ทำหัตถการอื่นๆ เช่น การทำ Hemocilp ห้ามเลือด การรัดริดสีดวง เป็นต้น ผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าวเกิดจากกระบวนการที่พยาบาลผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่จะมารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จะได้รับการสอน/การให้คำแนะนำจากพยาบาล ในการเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เรื่องการรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะสีของอุจจาระและการประเมิน ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ พร้อมกับการให้ชมสื่อวิดีทัศน์ การเตรียมตัวเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และได้รับเอกสารเตรียมตัวเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่กลับไปบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียนที่อธิบายกระบวนการที่ดี จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 25.53) ที่ต้องได้รับการสวนล้างลำไส้ร่วมกับ/หรือรับประทานยาระบายเพิ่มเติมรวมด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า แพทย์บางท่านมีแผนรักษาให้สวนล้างลำไส้ซ้ำเติมทุกราย ไม่ว่าการประเมินลักษณะอุจจาระผู้ป่วยจะเป็นลักษณะใด นอกจากนั้น เมื่อพยาบาลซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระ < 8 ครั้ง จะรายงานแพทย์ผู้ตรวจ ซึ่งแพทย์มักจะมีแผนการรักษาเพิ่มเติมโดยการให้สวนลำไส้ซ้ำร่วมกับการรับประทานยาระบายเป็นรายกรณีไป

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อรูปแบบการบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน (ร้อยละ 83.33) คิดว่ารูปแบบนี้เป็นวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก (57.58) ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบ บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินการ 8 ด้านคือ คณะกรรมการ, หน่วย/ผู้ประสานงาน, การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด, การเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด, ช่องทางติดต่อสื่อสาร, การติดตามผู้ป่วยและประเมินผล, อัตรากำลัง และสถานที่ ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ[7]

ผลการศึกษา สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบบริการการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถเตรียมลำไส้เองที่บ้านได้สะอาด ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนส่องตรวจลำไส้ ลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ตาม

เวลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องตรวจลำไส้ มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการนำการดูแลผู้ป่วยส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้าน ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยส่องตรวจลำไส้ใหญ่ที่เตรียมลำไส้เองที่บ้านในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ให้กับโรงพยาบาลขนาด M2 เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทบทวนกระบวนการเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน / บริการทีม 3 หมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2561). แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test. สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761
2. พัฒนา ศรมยุรา (2561). พยาธิวิทยาของระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล : พิมพ์ครั้งที่ 1
3. ประไพ เชิงทวี, และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(1), 63–70.
4. กันธ์ติชา เขียดน้อย, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2563). ความรู้ พฤติกรรมการเตรียม และความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 93-101. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/245499/167323
5. โรงพยาบาลบรบือ. (2565) นโยบายยกระดับบริการผ่าตัดแบบ (ODS) และวางแผนพัฒนาตั้งแต่ปี 2565. โรงพยาบาลบรบือ.
6. เยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้าน มะลิ, และสะคราญ จิตรคงพันธ์. (2563). การพัฒนารูปแบบ บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 183-195.
7. สติมัย อนิวรรณน์ (2558). วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารกรุงเทพฯ : สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี

The development and enhancement of new nursing practices in caring for COVID-19 patients at Udon Thani Hospital.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

เนาวนิตย์ พลพินิจ[1] สมไสว อินทะชุบ[1] วรัญรดา เชื้อตายา[1] ณัฐชยา สิมมะลี[1]
Naowanit Ponpinit[1], Somsawai Intachub[1], Waranrada Chueataya[1], Nutchaya Simmalee[1]
[1]Nursing Organization of Udon Thani Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 และ 2) ศึกษาผลการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรค 84 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของกองการพยาบาล แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมการแพทย์ แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 แผนประคองกิจการ เพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรค โควิด 19 ของโรงพยาบาลอุดรธานี แผนการประชุมระดมสมอง และ 2) แบบทดสอบวัดความรู้ และ 4) แบบประเมินความ พึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มการพยาบาล มีการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และมีค่าผลิตภาพทางการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์

2. แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินผู้ป่วย แรกรับ การพยาบาลและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

3. ผลลัพธ์การใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ พบว่า มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.45, SD = 0.49) ด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่าบุคลากรพยาบาลมีการติดเชื้อโควิด 19 ลดลง และอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตลดลง

คำสำคัญ : การพัฒนาการพยาบาลวิถีใหม่ การเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล ผู้ป่วยโควิด 19

Abstract

This research and development aimed to 1) develop and increase the efficiency of new nursing practices in caring for COVID-19 patients and 2) study the outcomes of new nursing practices in caring for COVID-19 patients at Udon Thani Hospital. The samples were 84 professional nurses working in isolated wards and COVID-19 patients. The research instruments included: 1) the new nursing practices guideline for caring for COVID-19 patients developed the nursing staffing management guideline during the COVID-19 outbreak of the Nursing Division and Udon Thani nursing organization. the medical practice guideline, diagnosis, treatment, and prevention of hospital-acquired infections in the case of coronavirus disease 2019 of the Department of Medical Services, and the medical practice

---

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

guideline of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. The care of pregnant women infected with COVID-19, the business continuity plan to support the outbreak of COVID-19 at Udon Thani Hospital, the brainstorming meeting plan 2) a knowledge test 3) an observation form, and 4) a nurse satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results of the research found that:

1. The nursing organization has managed the nursing staff to care for COVID-19 patients by the specified guidelines and has nursing productivity within the standard.

2. New nursing guidelines for caring for COVID-19 patients include taking a history and assessing the patient, nursing, and monitoring for critical warning signs, nursing to prevent infection and prevent the spread of disease, collecting laboratory specimens, planning for discharge, and coordinating continuous care with the network and nursing records

3. The results of using the new nursing guidelines in caring for COVID-19 patients include: In terms of service providers, it was found that there was a statistically significant increase in knowledge and practical skills at a level of .01. The satisfaction of service providers with the use of the new nursing guidelines was at the highest level (M = 4.45, SD = 0.49). In terms of safety for service providers and service recipients, it was found that nursing personnel were infected with COVID-19 and the incidence of risk of transferring patients to the critical isolation ward was reduced.

Keywords: Development of new nursing guidelines, increasing efficiency in nursing for COVID-19 patients

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง รวมถึงสุขภาวะของประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในปัจจุบันกรมควบคุมโรคมีแนวทางการดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการระบาดระลอกใหม่ ซึ่งการระบาดในระยะแรกผู้ป่วยที่มีการยืนยันพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลสนาม เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และเมื่อจำหน่ายต้องได้รับการกักตัวต่อที่บ้านอีก 14 วัน[1]

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวน 1,143 เตียง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในการระบาดระลอกแรก ช่วงเดือนมกราคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2563 โรงพยาบาลอุดรธานี มีการจัดเตรียมสถานที่ในการรับผู้ป่วยโควิด 19 คือหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ มีผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 8 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทมีอาการปานกลาง (moderate covid case) จำนวน 5 ราย และอาการน้อย (mild covid case) จำนวน 3 ราย[2] พยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจเดิมอยู่แล้ว และพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ มีหน้าที่ในการสอน ฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personnel protective equipment: PPE) รวมทั้งการร่วมประเมินผู้ป่วยกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ และการวางแผนจำหน่าย ผลการดำเนินงานในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในระลอกแรก ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต ผู้ป่วยทุกรายมีอาการทุเลา นอนรักษาในโรงพยาบาลจนครบกำหนดเวลาตามแนวทางของกรมควบคุมโรค จำหน่ายอาการดีขึ้นทุกราย และในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ไม่มีผู้ป่วย PUI หรือผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายใหม่ บุคลากรพยาบาลทั้งหมดที่เคยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ มีการย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 5 ตึก 69 ปี เพื่อ

ดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวม และกลุ่มการพยาบาล ได้มอบหมายให้กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุร-กรรม เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมาที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ และในช่วงระยะเวลานี้มีการสร้างหอผู้ป่วยเมตตาสุคโต ซึ่งได้กำหนดเป็น Cohort ward ควบคู่กันไปเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในการระบาดระลอก 2 ของประเทศไทย โรงพยาบาลอุดรธานี มีจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 เข้านอนรักษาเพียง 1 ราย และต่อมาเมื่อมีการระบาดระลอก 3 ซึ่งเริ่มในช่วงเดือนเมษายน 2564 โรงพยาบาลอุดรธานี เริ่มรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 และในระยะนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 สะสม ในช่วง 1-30 เมษายน 2564 จำนวนทั้งสิ้น 275 ราย[2] ได้มีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่ายและศูนย์โอบอุ้ม ดูแล และห่วงใยชาวอุดรฯ (โรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี สาขาสามพร้าว) ตามแผนประคองกิจการ ซึ่งในระยะนี้ได้มีการจัดเตรียมสถานที่ Cohort ward จำนวนทั้งหมด 9 หอผู้ป่วย ไว้รองรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมี 2 หอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และอีก 7 หอผู้ป่วยรับผู้ป่วยอาการน้อย-ปานกลาง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่ป่วยเป็นโรคโควิด 19 มีจำนวนเตียงทั้งหมด 126 เตียง และเนื่องจากการระบาดระลอกที่ 3 เป็นการระบาดที่รวดเร็ว รวมทั้งมีนโยบายจากกรมควบคุมโรค มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การระบาดของโรค บุคลากรพยาบาลที่เตรียมไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 เป็นพยาบาลที่คัดเลือกมาจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลไม่คุ้นเคยในการให้การพยาบาลมาก่อน ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วม ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง[3,4] การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี ให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ทันเหตุการณ์ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาล สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และที่สำคัญบุคลากรพยาบาลมีความมั่นใจในการพยาบาลวิถีใหม่ ที่จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และแนวคิดเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด19 พบว่าการนำทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] มาใช้ในการพัฒนางาน ร่วมกับการนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R (Planning-Acting-Observing-Reflecting) ของ Elliott & Kemmis [6] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางาน ได้แก่ 1) Planning (วางแผน) ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ การเขียนแผนการดำเนินงาน 2) Acting (ปฏิบัติตามแผน) ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลทั้งด้านภาวะสุขภาพและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด19 การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย การนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การพยาบาลขณะรักษา การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวางแผนจำหน่าย 3) Observing (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน) ประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของการดำเนินงาน ซึ่งการประเมินประสิทธิภาพ คือ ประเมินผลงาน (output) หรือผลิตผล (outcome) ประกอบด้วย (1) ด้านองค์กรพยาบาลและผู้ให้บริการ ได้แก่ ผลการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ตามแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ความพึงพอใจของ

พยาบาลต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ และจำนวนพยาบาลที่ติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน (2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ย้ายไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และ 4) Reflecting (ปรับปรุงแก้ไข) ได้แก่ การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์และพัฒนาแผน และสังเคราะห์การดำเนินการใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ในช่วงดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งปัจจุบันมีการระบาดอย่างรวดเร็ว และส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วม หรือหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาวิจัยการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรคและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพยาบาล วิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาล-อุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development research) ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลฯ และศึกษาผลการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการพัฒนาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้าง (input or structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R (Planning-Acting-Observing-Reflecting) ของ Elliott & Kemmis[6]

โดยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของกองการพยาบาล[7] แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2564[8] ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2565[9] และฉบับปรับปรุง วันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565[10] แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ปี 2563[11] แผนประคองกิจการเพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี (Business Continuity Plan: BCP) แผนการประชุมระดมสมองแบบ social distancing หรือแนวทางการประชุมผ่าน zoom meeting แนวทางการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค และแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี กระบวนการประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการพยาบาลฯ และระยะที่ 3 ประเมินผล และผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ คือ สมรรถนะ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ คือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล คือ ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค (หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ หอผู้ป่วยเมตตาสุคโต, cohort1,cohort2,cohort3, cohort4, cohort5) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 22 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการมอบหมายมาปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วยแยกโรค เลือกแบบเฉพาะเจาะจงทุกคน จำนวน 84 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการมอบหมายมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรค 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 2. ผู้ป่วยโควิด 19 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค (cohort ward) ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา คือตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2565

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด 19 1) เป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ทั้งเพศชายและหญิง 4) มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เบาหวาน หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคมะเร็งรับยาเคมีบำบัด หรือ 5) หญิงตั้งครรภ์ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบ-ด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของ กองการพยาบาล[7] แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาลกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2564[8] ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2565[9] และฉบับปรับปรุง วันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565[10] แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรี-แพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ปี 2563[11] แผนประคองกิจการเพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี (Business Continuity Plan: BCP) แผนการประชุมระดมสมองแบบ social distancing หรือแนวทางการประชุมผ่าน zoom application แนวทางการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และ 5) แบบบันทึกความเสี่ยงทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย 1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 และ 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบวัดความรู้และแบบบันทึกการสังเกตทักษะการปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วยแยกโรคที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการหนัก จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความยากง่ายของแบบวัดความรู้ KR-20 เท่ากับ .78 แบบสังเกตการปฏิบัติฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน .87 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค .75

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีการดำเนินการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] ร่วมกันกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (P-A-O-R)[6] ได้ทั้งหมด 3 วงรอบ ในแต่ละวงรอบมีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 - มกราคม 2565 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 22 คน และกลุ่มที่ 2 คือพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค 7 หอ จำนวน 84 คน ที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี มีการดำเนินการในระยะนี้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการนำนโยบายและผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 พบประเด็นปัญหา ดังนี้ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนา ดังนี้

1) ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลอุดรธานี

2) การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล ใช้กรอบการพยาบาลผู้ป่วยโรค ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แนวคิดกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects model of care)[12] และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation precaution)[13] 3) ด้านสมรรถนะบุคลากร คือ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ขั้นตอนที่ 2 ตั้งทีมบริหารอัตรากำลังพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค

ขั้นตอนที่ 3 ตั้งทีมพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ง่าย

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่าปฏิบัติงานได้ง่าย (Acting) ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยการประเมินตามวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะทดลอง

4. สัปดาห์ที่ 1 ประชุมทีมเพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และกำหนดวันอบรมให้ความรู้การฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment: PPE)

5. สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 จัดประชุมอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รูปแบบการประชุมทางไกล (ผ่าน Zoom) และจัดให้มีฐานสำหรับฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล จำนวน 2 ฐาน โดยพยาบาลสามารถมาฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้ตลอดในวัน เวลาราชการ รวมทั้งมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

6. สัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ระยะหลังการทดลอง

7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาล และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

8. ผู้วิจัยนำผลการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ผลการสังเกตทักษะการปฏิบัติของพยาบาล อุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในวงรอบที่ 1 มาทบทวน และนำประเด็นที่ยังพบเป็นปัญหามาวางแผนในการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 5 ถึง 7 เป็นวงรอบที่ 2 และวงรอบที่ 3 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. วิเคราะห์ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะของพยาบาล ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล มีการแจกแจงเป็นปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติ paired t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การ ติดเชื้อโควิด19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาล และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผนด้วยค่าความถี่และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 81/2564 (เลขที่โครงการวิจัย 1050/2564) วันที่รับรอง 19 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ส่วนที่ 2 ผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

ส่วนที่ 3 แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อ แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ฯ

ส่วนที่ 5 อุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย แยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 - มกราคม 2565 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 22 คน

ผลการวิเคราะห์ พบประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนาดังนี้

1) ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล

3) ด้านสมรรถนะบุคลากรพยาบาล คือ การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ส่วนที่ 2 ผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

กลุ่มการพยาบาล มีแนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล อ้างอิงตามแนวทางการบริหารอัตรากำลังของกองการพยาบาล[7] ซึ่งผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีสัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย อยู่ที่ 1 : 4-6 และมีค่าผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) ในวงรอบที่ 1, 2 และ 3 คือ 97.20, 101.50 และ 118.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยโควิด 19 และผลิตภาพทางการพยาบาล

ช่วงเวลา*	สัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย	ผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity)
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	1 : 4-6	97.20
เมษายน-กรกฎาคม 2565	1 : 4-6	101.50
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	1 : 4-6	118.50

*วงรอบที่ 1 ธ.ค. 2564-มี.ค. 2565, วงรอบที่ 2 เม.ย.-ก.ค. 2565, วงรอบที่ 3 ส.ค.-ต.ค.2565

ส่วนที่ 3 แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินแรกรับ การพยาบาลและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

4.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการอบรมให้ความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=84)

ความรู้	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการอบรม	14.13	1.49	-22.90	< .001*
หลังการอบรม	18.42	0.73		

4.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ถูกต้องหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=84)

การปฏิบัติ	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการอบรม	15.39	1.09	-21.98	< .001
หลังการอบรม	18.80	1.10		

4.3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.45, SD = 0.49)

ส่วนที่ 5 ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

จากผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรคมีการติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานในวงรอบที่ 1, 2 และ 3 คือ 13, 5 และ 4 คน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5 และผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน พบว่ามีการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผนในวงรอบที่ 1, 2, และ 3 คือ 10, 8 และ 3 ครั้งตามลำดับ แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค (n=84) (อ้างอิงการสอบสวนของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม)

ช่วงเวลา	จำนวนพยาบาลวิชาชีพติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน	ร้อยละ
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	13	15.4
เมษายน-กรกฎาคม 2565	5	5.9
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	4	4.7

ตารางที่ 6 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ช่วงเวลา	จำนวนครั้งของการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย แยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	10
เมษายน-กรกฎาคม 2565	8
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	3

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และผลการวิเคราะห์พบประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วม และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 และ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

2. ผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล พบว่ากลุ่มการพยาบาล มีแนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรคตามแนวทางของกองการพยาบาล[7] คือ สัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย 1 : 4-6 เนื่องจากผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วยแยกโรคส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่มีอาการน้อยถึงอาการรุนแรงปานกลาง และมีผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) อยู่ในเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมของอัตรากำลังพยาบาลกับภาระงานคืออยู่ในช่วง 90-110% และในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2565 มีแนวโน้มผลิตภาพทางการพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากการปรับข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[8,9,10] ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล จึงเป็นผู้ป่วยประเภทที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ต้องการชั่วโมงการพยาบาลมากขึ้น ค่าผลิตภาพทางการพยาบาลจึงสูงขึ้นกว่าในช่วงแรก

3. แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินแรกรับ การพยาบาลและกาเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

4. เปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะการปฏิบัติฯ หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าเมื่อบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น[14,15]

5. ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ โควิด 19 จากการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพและอุบัติการณ์ความเสี่ยงการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน พบว่าในระยะแรกบุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีการติดเชื้อ โควิด 19 จากการปฏิบัติงานในอัตราที่สูง เนื่องจากในระยะนั้นสายพันธุ์โควิด 19 ที่ระบาดคือสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ถึงแม้ว่าบุคลากรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตามแนวทางที่กรมการแพทย์ให้คำแนะนำแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของสุมลรัตน์ ขนอม และ

เฉลียว ผจญภัย[16] ที่ศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ และภาวะปอดอักเสบจากการ ติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน มีการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ที่ได้รับวัคซีนตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้น้อยกว่า และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า[15]และสุณี สุวรรณพสุ และคณะ[17] ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤตทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านองค์กร ได้แนวทางบริหารบุคลากรพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ ในสถานการณ์การระบาด หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นกลุ่มก้อนจำนวนมาก ทั้งทางด้านการบริหารอัตรากำลังที่มีความเหมาะสมและการพัฒนาสมรรถนะ/ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยของบุคลากรพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงทางด้านคลินิก และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

3. ด้านการประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน/เครือข่าย มีแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ในการประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง บุคลากรมีความพึงพอใจ

4. ด้านการพัฒนาวิชาการ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อยอดด้านการพยาบาลผู้ป่วย โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่มีความเหมาะสมกับบริบท แต่ละสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวัง COVID-19 ในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจและผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้มารับบริการในสถานพยาบาล (Sentinel surveillance of COVID-19 in ARI & CAP patients) 9 กุมภาพันธ์2564 [อินเตอร์เน็ต].2564 [สืบค้นเมื่อ22 กันยายน 2564]; เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_ari_pneumonia/g_ari_pneumonia_ddc.pdf
2. งานระบาดวิทยา. รายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 ปี 2563-2564. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี 2564.
3. Ginenus, F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol 2021; 13(3):86-93.
4. Shu, Q., Marianne B., Nathalie, A. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2021; 193(16): E540-8.
5. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press 2003.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Australia 1992.
7. กองการพยาบาล. การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2564.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2565.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565.

11. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 (RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Covid-19 Infection in Pregnancy) 2563.
12. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. งานบริการผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2554.
13. CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
14. สาคร เจริญไธสง. ผลของการใช้ระบบModified Early Warning Score(MEWS)ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ.วาสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 27(2): 228-39.
15. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. TUH Journal online 2016; 1(1): 1-12.
16. สุมลรัตน์ ขนอม และเฉลียว ผจญภัย. ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อและภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2566; 3(1): 46-57.
17. สุณี สุวรรณพสุ วีรภัทรา ประภาพักตร์ และสุกัญญา พูลทรัพย์. การศึกษาประสิทธิภาพการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตระบบ Search out Severity Score และ National Early Warning Score ต่อภาวการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอยุรกรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2564; 33(1): 56-72.

ผลการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of teaching and learning on carbohydrate Counting: Controlling blood sugar Levels with Diabetes patients in Ban Fai Taek Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamphan Subdistrict, Mueang Kalasin District, Kalasin Province

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

มะลัย วรรณอำไพ[1] วิภาวี เหล่าจตุรพิศ[2] วรรณภา สุระพร[3] สุภาพร ชื่นอภัย[4] ปิยะธิดา ป้องหาญชัย[4]
Malai Wan-ampai[1], Wipawee Laochaturaphit[2], Wannapa Suraphon[3], Supaporn Chuen-apai[4] Piyathida Ponghanchai[5]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pre-posttest design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามวัดระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสอนแนะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังการสอนแนะระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรต สูงกว่าก่อนการสอนแนะ คือ การนับคาร์โบไฮเดรต การเลือกปริมาณการรับปประทานอาหาร การใช้ยาตามคำแนะนำ การออกกำลังกาย และผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน, การนับคาร์บ

Abstract

This study was Quasi experimental design, One group pre-posttest design with the objectives to study compare the knowledge score level and the behavior level of counting carbohydrates to control blood sugar level of diabetic patients in Ban Fai Taek Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamphan Subdistrict, Mueang Kalasin District, Kalasin Province. The study was conducted between October 2024 and March 2025. Data was collected from a questionnaire to measure the knowledge score level and the behavior level of counting carbohydrates to control blood sugar level of diabetic patients. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the knowledge score and behavior level of counting carbohydrates to control blood sugar levels in diabetic patients before and after the process were significantly different at a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านฝายแตก
[2] นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.กาฬสินธุ์
[3] พยาบาลวิชาชีพ สสอ.เมืองกาฬสินธุ์
[4] จพ.ทันตสาธารณสุข รพ.สต.บ้านฝายแตก

statistical level of 0.05. After the instruction, the knowledge score and behavior level of counting carbohydrates were higher than before the instruction, namely counting carbohydrates, choosing the amount of food consumed, taking medication as recommended, exercising, and diabetic patients were able to control their blood sugar levels better.

Keywords: Controlling blood sugar levels in diabetic patients, counting carbohydrates

บทนำ

สารอาหารที่เรียกว่า “คาร์โบไฮเดรต” หรือเรียกย่อๆ ว่า “คาร์บ” คือ กลุ่ม “ข้าวแป้ง” เป็นสารตั้งต้น พื้นฐานของน้ำตาล “กลูโคส” ที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดและร่างกายนำไปใช้เป็นพลังงานได้ง่าย เป็นสารอาหารที่ในแต่ละวันคนส่วนใหญ่บริโภคในปริมาณมากกว่าสารอาหารอื่น ๆ และมีโอกาสสูงที่จะบริโภคมากเกิน จนส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและผู้ที่เสี่ยงจะเป็นโรคเบาหวาน

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย มีจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประเทศครั้งที่ 6 ปี 2563 ความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 ภาวะ IFG โดยรวมร้อยละ 10.7 ความชุกในผู้ชายสูงกว่าในหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 12.3 และ 9.1 ตามลำดับ) ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับภาวะต้านอินซูลิน ภาวะเบาหวานและโรคระบบ หัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนจึงทำให้ส่งผลให้ปีสุขภาวะลดลง จากการทำให้เกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิต และความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพิการและ การตายก่อนวัยอันควร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 ในปี2557 พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.9 ในผู้ชายและผู้หญิงร้อยละ 41.8 มีภาวะอ้วน (BMI ≥25 kg/m2) และร้อยละ 26.0 ในชาย และ 51.3 ในหญิง มีภาวะอ้วนลงพุง[1] ปัญหาที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มักอยู่ที่พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหาร โดยเฉพาะอาหารคาร์โบไฮเดรต ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมาก และมีความจำเป็นมากที่ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้หรือผู้ที่ฉีดอินซูลิน[2]

การนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate counting) หรือ “การนับคาร์บ” เป็นวิธีการหรือเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวางแผนการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งเน้นความสำคัญที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด โดยแนวทางนี้จะช่วยให้สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด และ แนวทางการรักษานี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่านอกจากจะช่วยคุมค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมให้ได้ตามเป้าหมายแล้วยังช่วย ลดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้[3]

จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564 – 2567 พบว่าโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดกาฬสินธุ์ 5 อันดับแรก โดยมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2564 – 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 580.76, 649.78, 664.96 และ 688.91 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2564 – 2567 มีแนวโน้มควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 23.90, 27.20, 27.04 และ 31.94 ตามลำดับ[5]

จากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ (Health data center, 2567) อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 304, 8,734, 9,125, และ 9,775

ราย ตามลำดับ ซึ่งปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 8.81 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2564 – 2567 มีแนวโน้มควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 25.41, 29.15, 26.88 และ 28.47 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 304, 306, 326, และ 327 ราย ตามลำดับ ซึ่งปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 8.81 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปีงบประมาณ 2564 – 2567 มีแนวโน้มควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 26.64, 24.84, 44.48 และ 36.7 ตามลำดับ[5]

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ดีมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่จำกัดคาร์โบไฮเดรตที่รับประทานในแต่ละครั้ง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรต เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้การนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

2. เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

สมมติฐานการวิจัย

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pre-posttest design) โดยศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ระดับ HbA1c > 7% มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) 1) ได้รับวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับยาฉีด เม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 1 ปี 2) มีระดับน้ำตาลสะสม HbA1c > 7% 3) มีการรับรู้ดี สามารถฟัง เขียน อ่านภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน และเฟซบุกเมสเซนเจอร์ 5) ยินยอมเขารวมโปรแกรมการจัดการตนเอง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากยากินเป็นยาฉีด 2)

เข้าร่วมโปรแกรมได้ไม่ครบตามกำหนด และมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นไดเขารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดย ใช้สูตรการคำนวณการเปรียบเทียบคาเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มที่ เป็นอิสระตอกัน[6] ดังนี้

สูตร $n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 2\sigma^2}{\delta^2}$

โดยกกำหนดให้

n = แทนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

σ^2 = เป็นความแปรปรวนของตัวแปรตาม

δ^2 = เป็นผลตางของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่าง สองกลุ่ม ($\mu 1 \mu 2$) ที่คาดวาจะเกิดขึ้น และยอมรับได้ทางคลินิก (clinical meaningful)

Z_α= เป็นค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติ มาตรฐานที่สอดคล้องกับ α (Type I error) ค่า Z ที่ระดับ α (0.05) = 1.645 จากตาราง Z_α

Z_β = เป็นคาปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจง ปกติมาตรฐานที่สอดคลองกับ β (Type II error) ค่า Z ที่ ระดับ β (0.01) = 1.282 จากตาราง Z_α

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทดลอง จึงใช้สูตรการคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหาย[6] ดังนี้

$n_{nds} = \frac{N}{(1-d)^2}$

โดยแทนค่า nnds = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่าง d = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (คาดว่า ร้อยละ 10)

แทนค่า nnds = $n_{nds} = \frac{28}{(1-0.1)^2}$ = 34.56 **ราย**

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 40 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Sample random sample) โดยจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลา ของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการรักษาที่ได้รับ

2) แบบสอบถามวัดระดับความรู้ด้านการนับคาร์โบไฮเดรต 10 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปรผลคะแนนรวม 3 ระดับ มาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1–1.66)

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรต เป็นชุดคำถามความถี่ในการปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ 1-3 คะแนน ขอคำถามทั้งหมดมี 10 ข้อ แบ่ง 2 ชุด พฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ข้อ และความถี่และปริมาณอาหารที่บริโภคต่อวัน 5 ข้อ 5 ประเภท แป้ง ผัก ผลไม้ ขนมหวาน น้ำหวาน การแปรผลคะแนนรวม 3 ระดับ มาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1–1.66)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือ/อุปกรณ์ การสอนแนะ เรื่อง การนับคาร์บเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ

ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนในการศึกษา

1) ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้ศึกษาชี้แจงการทำการศึกษา ขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมศึกษาแล้ว พยาบาลจึงขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ศึกษาเข้าพบ จากนั้นผู้ศึกษาจึงแนะนำโครงการศึกษา อธิบายรายละเอียดของการศึกษา และขออนุญาตให้ลงนามเพื่อตอบรับการเข้าร่วมการศึกษา

2) ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยผู้ศึกษาเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมสอนแนะการนับคาร์บเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ศึกษาสร้าง สัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แนะนำการให้ความรู้ ทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมอบคู่มือการนับคาร์บเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-7 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5-10 นาที และให้ผู้ศึกษาร่วมกับ อสม. ติดตาม ปริมาณคาร์บแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยทาน ถ่ายรูป อาหารแต่ละมื้อ สรุปรายงานส่งผู้ร่วมศึกษา หากพบปัญหาผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ไลน์แอปพลิเคชัน และเฟซบุก เมสเซนเจอร์ได้

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5 - 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใน การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสอนแนะ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามหลัก จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ได้ร้อยละ 45

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้การนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.02, SD = .44) คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.59, SD = .29) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (p=.019) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.22, SD = .42) คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.69, SD = .26) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (p=.027) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.88, SD = .28) คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.38, SD = .12) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (p<.0001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับคะแนนความรู้ และระดับพฤติกรรมการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการสอนแนะการนับคาร์บ (n=40)

เปรียบเทียบค่าคะแนน	Mean± S.D.	95%CI	t-test	p-value
ระดับความรู้				
ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	2.02±0.44	(1.76-2.08)	1.96	0.019
หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	2.59±0.29			
ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	2.22±0.42	(1.86-2.12)	2.12	0.027
หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	2.69±0.26			
การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต				
ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	1.88±0.28	(1.78-2.24)	2.08	<0.0001
หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ	2.38±0.12			

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการสอนแนะการนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า สถานการณ์ผลการสอนแนะ

การนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ได้ร้อยละ 45 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยระดับความรู้การนับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kasikun et al[8] การมีความรู้เกี่ยวกับคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อกำหนดปริมาณคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารได้อย่างอิสระ เช่น ชั่งหรือตวงข้าวก่อนรับประทาน นับหน่วยคาร์โบไฮเดรตในการรับประทาน ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับภรณ์ทิพย์ ศรีสุข[3] พบ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคาคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (p=0.001) และคณะ. (2565). ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงต่ำ หลังได้รับการสอนนับคาร์บ ซึ่งสอดคล้องกับอานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ[9]พบผู้ป่วยมีค่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าผลต่างเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 11.22, p<.001 และ t = 2.67, p<.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

การให้คำแนะนำแบบสั้น เรื่อง การนับคาร์บกับการจัดการตนเองปรับพฤติกรรมการของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมที่สูงขึ้น จึงควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การให้คำแนะนำแบบสั้น เรื่อง การนับคาร์บ กับการจัดการตนเองปรับพฤติกรรมการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. ควรทำาการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยงเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 , หน้า 170
2. คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ : Health data center : HDC, (2567) https://ksn.hdc.moph.go.th/ สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2567
3. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข และคณะ.(2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านระบบเครือขายอินเทอรเน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน 2565
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย . (2566). รู้จักคาร์บ นับปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. หน้า 1
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2568). เอกสารสรุปตรวจราชการกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2568 รอบที่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. หน้า
6. อรุณ จิรวัฒนกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทาง วิทยาศาสตรสุขภาพ. ขอนแกน: คลังนานาวิทยา; 2551.
7. Bell KJ, Barclay AW, Petocz P, Co lagiuri S, Brand-Miller JC. Efficacy of carbohydrate counting in type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(2):133-40.

8 Kasikun R, Muktabhant B. Assessment of carbohydrate counting counseling in the Type 2 diabetic patients. Srinagarind Med J 2013; 28(4): 442-450. (in Thai)

9. อานนท์ สังขะพงษ์ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริและวรรณรัตน์ ลาวัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (2019).

การศึกษารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
A Study on the Prevention and Management Model for Chronic Kidney Disease in Mae Sariang District, Mae Hong Son Province

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

บัณฑิต ดวงดี จินตนา[1] พัฒนพงศ์ธร[2]
Bundit Duangdee[1] Jintana Pattanapongthorn[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 จำนวน 26 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง และ 2) สมุดบันทึกสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไต (eGFR) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความเครียด รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า FBS, HbA1C, Total cholesterol, LDL, BUN, Creatinine, Urine Protein, Urine creatinine และUPCI มีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า เส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure, Diastolic blood pressure ค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) และค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ (TG) ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง, โรคไตเรื้อรัง, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การกรองของไต, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ABSTRACT

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of a CKD prevention and health promotion model implemented in Mae Sariang District, Mae Hong Son Province, Thailand. The study included 26 purposively selected patients diagnosed with CKD stages 2–4. The research instruments included: (1) the CKD prevention and health promotion program, and (2) a self-monitoring health record book for CKD patients. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results demonstrated a statistically significant improvement in estimated glomerular filtration rate (eGFR) ($p < 0.05$) after participation in the program. Furthermore, there was a decreasing trend in mean body weight, body mass index (BMI), stress levels, and laboratory parameters, including fasting blood sugar (FBS), glycated hemoglobin (HbA1C), total cholesterol, low-density lipoprotein (LDL), blood urea nitrogen (BUN), creatinine, urine protein, urine creatinine, and urine protein-to-creatinine index (UPCI), although these changes were not statistically significant. However, an increase in waist circumference, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, high-density lipoprotein (HDL), and triglyceride (TG) levels was observed, but these changes were also not statistically significant.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Health Promotion, Behavioral Change, Disease Prevention, Kidney Function, eGFR

---

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
[2] ข้าราชการบำนาญ อดีตนักวิชาการทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นภาวะที่ไตเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานลดลง ภายในระยะเวลามากกว่า 3 เดือนขึ้นไป อาการแสดงของโรคจะเริ่มปรากฏอาการแสดงของโรคชัดเจนเมื่อไตเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น[1] สาเหตุของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ปัจจุบันมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายด้วยโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นทุกปี โรคนี้จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ[2] สมาคมโรคไตระหว่างประเทศ สำรวจพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ในปี ค.ศ. 2050[3] ในประเทศไทย จากสถิติปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 972,218 1,057,225 และ 1,157,855 คน ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยจำนวน 121,622 136,450 และ 154,656 คน ตามลำดับ[4] จากสถิติพบว่าโรคไตเรื้อรังทั้งในประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 1 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับต่างประเทศ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคไปตลอด ดังนั้นปัจจุบันจึงมีการพัฒนาวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การรักษาโรคไตเรื้อรังเป็นการชะลอเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย หลักการรักษาที่สำคัญ คือ 1) การรักษาตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต 2) การรักษาตามสาเหตุหรือภาวะที่ทำให้ไตเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน และ 3) การชะลอการเสื่อมของไต วิธีการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน[5] เช่น 1) การควบคุมความดันโลหิต 2) การควบคุมสมดุลสารน้ำในร่างกาย 3) การควบคุมสมดุลสารอิเล็กโทรไลต์ 4) การควบคุมสมดุลภาวะกรด-ด่าง 5) การควบคุมอาหาร 6) การป้องกันและรักษาตามอาการต่างๆ 7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8) การเฝ้าระวังและติดตามปัญหาจากปฏิกิริยาเมตาบอลิซึมของยา 9) การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เป็นต้น ทั้งนี้วิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับระยะของโรค และอาจใช้หลายวิธีการรักษาร่วมกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมากที่สุด อย่างไรก็ตามแม้การรักษาจะมีประสิทธิภาพแต่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงถือเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ท้าทายในการจัดระบบบริการสุขภาพของภาครัฐด้วยเช่นกัน[6]

โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ และมีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคจิตเวชได้ง่ายกว่ากลุ่มคนปกติ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาสุขภาพรบกวนการใช้ชีวิต เช่น ความเหนื่อยล้า ซึมเศร้า นอนไม่หลับ มีอาการคัน และปากแห้ง[7] ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา[8] ส่วนการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยมีออกกำลังกายน้อย และไม่ออกกำลังกายเลย เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น[9] รวมถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ถูกต้อง[10] และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จนทำให้เกิดไตเสื่อม และอาการของโรครุนแรงมากขึ้น[11] ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ปี ค.ศ. 2022 มีภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโรคไตเรื้อรัง 372.0 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2027 จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 406.7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ[12] ดังนั้นการชะลอการเสื่อมของไตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีของเลวิน (Lewin's Change Managements Model) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ 3 ขั้นตอน[13] ได้แก่ 1) การละลายพฤติกรรม (Unfreeze) เป็นขั้นตอนการทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงพฤติกรรมที่ควรมีการปรับเปลี่ยนและพฤติกรรมใหม่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ทางด้านสุขภาพ 2) การลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transition or Changing) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม โดยอาศัยความรู้ ทัศนคติ และทักษะใหม่ ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) การเกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Refreezing) เป็นการกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพไว้[13] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีของเลวินมีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีบริบทการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน

โรงพยาบาลแม่สะเรียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่าย (M2) เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ทางตอนใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ จากสถิติผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลได้ดำเนินงานด้านการป้องกันโรคไตเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่ครอบคลุมกับประชากรในเขตรับผิดชอบ เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยในกลุ่มชนชาติพันธุ์ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำมาใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมและป้องกัน รวมถึงชะลอการเสื่อมของไตในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สะเรียง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สะเรียง ในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 26 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) มีอายุระหว่าง 35-70 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 2-4 และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อสื่อสารผ่านแอพลิเคชันไลน์ได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง “โรงเรียนรักษ์ไต”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) สมุดบันทึกสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2) เครื่องชั่งน้ำหนัก

3) สายวัดรอบเอว

4) เครื่องวัดความดันโลหิต

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเคมี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้คู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง “โรงเรียนรักษ์ไต” และสมุดบันทึกสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วจากกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และเมื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การละลายพฤติกรรม (Unfreeze) สัปดาห์ที่ 1 มีกิจกรรม ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. จัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม และให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค ดังนี้

2.1 การสร้างการรับรู้ (Awareness) กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างรอเปิดคลิปความรู้โรคไตเรื้อรัง พร้อมแจกเอกสารความรู้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาความรู้

2.2 สร้างความเข้าใจ (Understanding) สนทนารายกลุ่ม 8-10 คน กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิ่งที่ต้องการในอนาคต นำสนทนากลุ่มด้วยการพูดคุยตั้งคำถาม เช่น ท่านต้องการเปลี่ยนตัวเองหรือไม่ และมีแรงจูงใจอะไรที่ต้องการปรับเปลี่ยน เป็นต้น

2.3 ยอมรับ (Acceptance) กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนและลงมือปรับพฤติกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนรายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดต่อผ่านเข้ากลุ่มไลน์

2.4 มุ่งมั่นต่อความสำเร็จ (Commitment) ให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนกำกับผลต่อสุขภาพ เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเองในเรื่องน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ระดับความเครียด

2.5 แกนนำที่ยั่งยืน (Change Leader) ใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลคนทำดี และสรุปกิจกรรมที่ผู้รับบริการต้องปฏิบัติ เน้นย้ำหากมีปัญหาสอบถามทางไลน์หรือโทรหาเจ้าหน้าที่ และนัดหมายครั้งต่อไป

3. มอบคู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง “โรงเรียนรักษ์ไต” ให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำวิธีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกวัน และบันทึกเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพทุกวันจันทร์ช่วงเช้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. ฝึกทักษะการสื่อสารโดยใช้แอพลิเคชันไลน์

5. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมกับเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transition or Changing) สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 กระตุ้น ติดตาม โดยสื่อสารทางกลุ่มไลน์ ด้วยการตั้งคำถาม บอกเล่าการปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังที่ยั่งยืน และนำเข้าสู่การสนทนากลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้ให้บริการทักทายทางกลุ่มไลน์ เปิดการสนทนาด้วยการตั้งคำถาม เช่น 1) ช่วงนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง 2) มีปัญหาอะไรไหม เป้าหมายกำหนดเป้าหมายมีโอกาสสำเร็จหรือไม่สำเร็จ 3) ท่านใดที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ลองบอกเล่าให้เพื่อนฟังหน่อย 4) ทบทวนแผนความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนะนำวิธีการจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้น 5) ให้กำลังใจมุ่งมั่นปฏิบัติต่อไป และ6) นัดหมายครั้งต่อไป

2. สัปดาห์ที่ 5 และ 9 นัดหมายตรวจสุขภาพโดยแพทย์ เข้ากระบวนการกลุ่มเน้นย้ำการปฏิบัติตามเป้าหมายและแผนที่ได้กำหนดไว้ และนำเข้าสู่การสนทนากลุ่ม พร้อมกับเน้นย้ำถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การสร้างการรับรู้ (Awareness) กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเปิดคลิปความรู้โรคไตเรื้อรัง พร้อมแจกเอกสารความรู้ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาความรู้ เป็นเวลา 10 นาที

2.2 ขั้นที่ 2-5 สร้างความเข้าใจสนทนารายกลุ่ม 8-10 คน นำสนทนากลุ่มด้วยการพูดคุย ตั้งคำถาม เช่น 1) ช่วงนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง 2) มีปัญหาอะไรไหมที่ทำให้เป้าหมายกำหนดเป้าหมายมีโอกาสไม่สำเร็จ หากมีจะปรับแผนอย่างไร และ 3) ให้กำลังใจมุ่งมั่นปฏิบัติต่อไป

2.3 นัดหมายครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 การเกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Refreezing) สัปดาห์ที่ 12 มีกิจกรรม ดังนี้

1. นัดหมายตรวจสุขภาพโดยแพทย์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเข้ากลุ่มร่วมแสดงความยินดีกับความมุ่งมั่น ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ กระตุ้นความคิดเน้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง และการสื่อสารบอกเล่าความสำเร็จ/ไม่สำเร็จ มุ่งมั่นดำเนินการต่อเพื่ออสุขภาพของตัวเอง และนำเข้าสู่การสนทนากลุ่มมีกระบวนการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รับรู้ (Awareness) ทำไมต้องเปลี่ยน เข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยง เติมสมอง เพิ่มความรู้ : เปิดคลิปความรู้โรคไตเรื้อรัง พร้อมแจกเอกสารความรู้ให้ผู้รับบริการได้อ่านศึกษาความรู้ 10-15 นาที

ขั้นตอนที่ 2-4 สร้างความเข้าใจ มุ่งมั่น ให้กำลังใจ : สนทนากลุ่ม 8-10 คน กล่าวทักทาย บอกวัตถุประสงค์ และนำสนทนากลุ่มด้วยการพูดคุย ตั้งคำถาม เช่น 1) อาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง 2) เป้าหมายที่ต้องการในอนาคตสำเร็จหรือไม่ มีปัญหา อุปสรรค อย่างไร และ 3) พูดคุยให้กำลังใจและปฏิบัติต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ให้รางวัลคนทำดี สรุปกิจกรรม ชื่นชมผลงาน กล่าวขอบคุณ และมอบใบประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ประสบความสำเร็จ พร้อมเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม ชักชวนให้ ผู้รับบริการอื่นๆ เข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ค่าระดับความดันโลหิต ระดับความเครียด ค่าน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar; FBS) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าไขมันในเลือด (Lipid profile) ค่าโปรตีนในปัสสาวะ (urine protein creatinine index; UPCI) และค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เลขที่ MSH REC 033.2567 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 61.54 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.15 ($\bar{X}$= 60.11, S.D. = 8.99) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 61.54 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.85 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 61.54 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 38.46 มีบุตร/หลานเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 53.85 และมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่พบมากที่สุด คือ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.31 ($\bar{X}$= 4.46, S.D. = 2.83)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure และ Diastolic blood pressure ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลเฉลี่ย

สะสมในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าการทำงานของไต ค่าโปรตีนในปัสสาวะ และความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า FBS, HbA1C, Total cholesterol, LDL, BUN, Creatinine, Urine Protein, Urine creatinine, UPCI และความเครียด มีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า เส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure, Diastolic blood pressure และค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure และ Diastolic blood pressure ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าการทำงานของไต ค่าโปรตีนในปัสสาวะ และความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=26 คน)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	62.38	13.29	62.15	13.37	-0.57	1.00
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	86.23	9.07	86.50	10.06	0.32	0.37
Body Mass Index; BMI (kg/m^2)	24.86	4.58	24.75	4.57	-0.62	1.00
Systolic Blood Pressure (mmHg)	128.54	14.41	130.31	11.69	0.80	0.21
Diastolic blood pressure (mmHg)	71.58	8.64	72.96	8.62	1.00	0.16
Fasting Blood Sugar; FBS (mg/dL)	119.12	45.20	112.92	39.67	-0.77	1.00
HbA1C (mg%)	6.79	1.72	6.53	1.21	-1.21	1.00
Total cholesterol; TC (mg/dL)	170.58	43.01	161.50	29.49	-1.48	1.00
Triglyceride; TG (mg/dL)	130.19	75.79	139.62	54.57	0.67	0.25
High-density Lipoprotein; HDL (mg/dL)	51.00	11.40	52.69	21.32	0.48	0.31
Low-density Lipoprotein; LDL (mg/dL)	92.92	37.20	84.44	30.03	-1.63	1.00
Blood Urea Nitrogen; BUN (mg%)	20.52	8.09	20.11	5.19	-0.36	1.00
Creatinine (mg%)	1.48	0.32	1.38	0.30	-3.31	1.00
eGFR (mL/min/1.73 m^2)	46.57	12.69	49.94	12.10	2.78	0.00*
Urine Protein; UP (mg/g)	90.03	155.75	87.31	162.58	-0.22	1.00
Urine creatinine (mg/dL)	110.95	55.77	110.43	73.05	0.01	0.49
Urine protein creatinine index; UPCI	0.83	1.28	0.69	0.75	-0.69	1.00
ความเครียด	3.73	2.22	4.08	2.35	0.71	0.24

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการละลายพฤติกรรม โดยสร้างการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม สร้างความเข้าใจโดยกระตุ้นให้ทบทวนสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และสิ่งที่ต้องการในอนาคต พร้อมทั้งค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการยอมรับจะเริ่มวางแผนและลงมือปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง การเข้าร่วมโปรแกรมมีการติดตามผลการปฏิบัติเป็นระยะจนนำไปสู่การควบคุมการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตก่อน ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารประเภทโปรตีนจากสัตว์ ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำกัดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จึงทำให้ปริมาณของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารกลุ่มดังกล่าวในร่างกายลดลง ไตจึงไม่ต้องแบกรับภาระการกรองของเสียในรูปของ BUN, Creatinine เช่นเดิม ดังนั้นประสิทธิภาพการกรองของไตจึงทำงานได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า FBS, HbA1C, Total cholesterol, LDL, BUN, Creatinine, Urine Protein, Urine creatinine, UPCI และความเครียด มีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคตหากใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรมแกรมฯ ให้นานขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับชลาภัทร คำพิมาน และพัฒนชัย รัชอินทร์[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของไต eGFR เพิ่มขึ้นในทางที่ดี (p-value < 0.001) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกิรณา อรุณแสงสด และประณีต ส่งวัฒนา[15] พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 20 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า เส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure, Diastolic blood pressure และค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งร่างกายมีการสะสมไขมันมาตลอดอายุขัย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเผาผลาญในร่างกายลดลง ร่วมถึงมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายจากการเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้นการปรับพฤติกรรมด้วยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในระยะเวลาอันสั้น อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยลดเส้นรอบเอว และระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ ส่วนค่าเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นของความดันโลหิตค่า Systolic Blood Pressure และ Diastolic blood pressure อธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในผนังหลอดเลือด วัยสูงอายุผนังหลอดเลือดจะมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เนื่องจากอาจมีไขมันมาเกาะ จนทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง[16] ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรเพิ่มความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา ควบคู่กับรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบฯ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ สามารถอธิบายได้โดยใช้ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Kurt Lewin (Lewin’s Change Management Model) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) Unfreeze (ละลายพฤติกรรม) เป็นการให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมตนเอง ทำให้เกิดการตระหนักรู้

(Awareness) ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ผลจากค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตั้งแต่ระยะแรก สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค่า Creatinine ลดลง แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แสดงถึงแนวโน้มของการลดภาระไตในการกรองของเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของพิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[17] พบว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับChen S h.และคณะ[18] พบว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปการใช้แนวทาง Motivational Interviewing, Education Program เป็นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย, 2) Transition (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) มีการให้ความรู้เฉพาะทาง เช่น การควบคุมโภชนาการ, การออกกำลังกาย, และการจัดการความเครียด ติดตามผ่านกลุ่ม LINE และการบันทึกสุขภาพรายวัน **เ**พื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 พร้อมให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัว ผลจากค่า FBS และ HbA1C ลดลง แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นแนวโน้มที่ดีขึ้น ค่า BMI ลดลง สะท้อนถึงการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนัก แม้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะนี้ยังไม่สมบูรณ์ แต่แนวโน้มที่ดีขึ้น และ การติดตามผลและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชวมัย ปินะเกและคณะ[19] การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านเครื่องมือ เช่นสมุดบันทึกและการติดตามผล มีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตและควบคุมความดันโลหิต ร่วมกับLi WYและคณะ[20] การใช้เทคโนโลยีในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมของเราในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยสรุปการสนับสนุนผ่าน LINE Chatbot, Peer Support และ Self-monitoring tools จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น โดยที่ผู้ป่วย CKD อาจมีอุปสรรคในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ ขาดแรงจูงใจ และมีภาวะเครียดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ, และ3) Refreeze (คงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่) มีการจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) และ Peer Mentorship เพื่อให้ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จช่วยสนับสนุนผู้ป่วยรายอื่น การมอบรางวัลและประกาศนียบัตรเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผลที่ได้จากระดับความเครียดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นในระยะยาว โดยมีผู้ป่วยบางรายยังคงติดตามพฤติกรรมสุขภาพผ่านสมุดบันทึกสุขภาพ แนวโน้มค่า eGFR ดีขึ้นต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลดีต่อการชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาว โดยการใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจทางสังคมและรางวัลช่วยให้ผู้ป่วยรักษาพฤติกรรมใหม่ได้ดีขึ้น การติดตามผลระยะยาวมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim N และคณะ[21] พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับ กลุ่มควบคุม ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพใหม่

โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เชิงนโยบายได้ในหลายระดับ ได้แก่ 1) ระดับชุมชน

การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพไตในชุมชน 1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การนำโมเดลของโปรแกรมไปปรับใช้ในการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในระดับชุมชน การอบรมแกนนำสุขภาพ หรือ อสม. ให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคไตในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1.2 การบูรณาการกับระบบปฐมภูมิ (Primary Healthcare) ใช้โมเดลของโปรแกรมนี้ให้คำแนะนำเชิงรุก และ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยCKD การใช้แอปพลิเคชัน LINE หรือ Mobile Health App เป็นเครื่องมือในการให้คำแนะนำและติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ผลที่คาดหวังเพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการป้องกันโรคไตในระดับชุมชน และลดอัตราผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย 2) ระดับโรงพยาบาล 2.1 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม เป็นต้นแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยCKD แบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามผลผ่านเทคโนโลยี (Digital Health Monitoring) การสนับสนุนทางสังคม (Peer Support & Community Engagement) 2.2 การบูรณาการโปรแกรมเข้ากับคลินิกโรคเรื้อรัง นำแนวทางของโปรแกรมนี้ไปบรรจุเป็นหนึ่งในมาตรการดูแลผู้ป่วยCKD การติดตามสุขภาพผ่าน กลุ่ม LINE, Mobile App จะช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลที่คาดหวังเพื่อลดอัตราการล้างไต (Dialysis) ในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะยาว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3) ระดับประเทศ 3.1 การบรรจุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไตเข้าเป็น "National CKD Prevention Program" นำผลการศึกษานี้มาใช้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการระดับชาติ เช่น รณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคไตฟรี สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน 3.2 การออกนโยบายสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผู้ป่วยCKD สามารถบูรณาการร่วมกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" หรือ ระบบติดตามสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลรัฐ 3.3 การสนับสนุนด้านงบประมาณและนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาพมาตรการลดภาษีสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม และ ส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไต สนับสนุน การส่งเสริมเมนูอาหารสุขภาพในโรงอาหารของโรงเรียน โรงพยาบาล และสถานที่ราชการ ผลที่คาดหวังเพื่อลดอุบัติการณ์ของ CKD ในระดับประเทศ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การออกแบบวิจัยเพิ่มกลุ่มควบคุม (RCT) เพิ่มขนาดตัวอย่างและศึกษาหลายศูนย์ (Multicenter Study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของและการนำผลลัพธ์กับประชากรที่กว้างขึ้นผลลัพธ์ศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม เพื่อนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. การปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง ควรเพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอาจต้องใช้เวลามากกว่า 12 สัปดาห์ จึงจะสามารถวัดได้อย่างชัดเจนจากผลตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเคมี ควรจัดทำโปรแกรมฯ ในรูปแบบหนังสือเสียงสำหรับให้ความรู้ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าใจภาษาไทยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง

3. การนำไปใช้ประโยชน์ ควรทำการวิจัยต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลในระยะยาวของโปรแกรมก่อนนำไปใช้เป็นนโยบายระดับประเทศ. และ

ส่งเสริมการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics Research) เพื่อวิเคราะห์ ต้นทุน-ประโยชน์ของโปรแกรมนี้เมื่อใช้ในวงกว้าง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย และวัดผลเพียงกลุ่มเดียว จึงควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อวัดเปรียบผลได้อย่างชัดเจน

2. เนื่องจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้นจึงควรผลิตโปรแกรมฯ ที่มีความหลากหลายสามารถสื่อสารให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. Ammirati A. L. (2020). Chronic Kidney Disease. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, *66Suppl 1*(Suppl 1), s03–s09. https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3
2. Charles, C., & Ferris, A. H. (2020). Chronic Kidney Disease. *Primary care*, *47*(4), 585–595. https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.08.001
3. Chesnaye, N. C., Ortiz, A., Zoccali, C., Stel, V. S., & Jager, K. J. (2024). The impact of population ageing on the burden of chronic kidney disease. *Nature reviews. Nephrology*, *20*(9), 569–585. https://doi.org/10.1038/s41581-024-00863-9
4. กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต/Stage Change ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามโรงพยาบาลที่รักษา (Work Load). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=e69c7fae93eda2222aa210d5db512290
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, *105*(4S), S117–S314. https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018
6. Levey A. S. (2022). Defining AKD: The Spectrum of AKI, AKD, and CKD. *Nephron*, *146*(3), 302–305. https://doi.org/10.1159/000516647
7. Fletcher, B. R., Damery, S., Aiyegbusi, O. L., Anderson, N., Calvert, M., Cockwell, P., Ferguson, J., Horton, M., Paap, M. C. S., Sidey-Gibbons, C., Slade, A., Turner, N., & Kyte, D. (2022). Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *19*(4), e1003954. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003954
8.Hariharan, D., Vellanki, K., & Kramer, H. (2015). The Western Diet and Chronic Kidney Disease. *Current hypertension reports*, *17*(3), 16. https://doi.org/10.1007/s11906-014-0529-6
9. Wilund, K. R., Thompson, S., Viana, J. L., & Wang, A. Y. (2021). Physical Activity and Health in Chronic Kidney Disease. *Contributions to nephrology*, *199*, 43–55. https://doi.org/10.1159/000517696
10.Katatwire, D. D., & Meremo, A. (2023). Prevalence of and factors associated with uncontrolled hypertension among patients with early chronic kidney disease attending tertiary hospitals in Dodoma, Tanzania: a cross-sectional study. *BMJ open*, *13*(12), e074441. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074441
11. Shiferaw, W. S., Akalu, T. Y., & Aynalem, Y. A. (2020). Chronic Kidney Disease among Diabetes Patients in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of nephrology*, *2020*, 8890331. https://doi.org/10.1155/2020/8890331

12.Chadban, S., Arıcı, M., Power, A., Wu, M. S., Mennini, F. S., Arango Álvarez, J. J., Garcia Sanchez, J. J., Barone, S., Card-Gowers, J., Martin, A., & Retat, L. (2024). Projecting the economic burden of chronic kidney disease at the patient level (*Inside CKD*): a microsimulation modelling study. *EClinicalMedicine*, *72*, 102615. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102615

13.Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. *Journal of healthcare leadership*, *13*, 85–108. https://doi.org/10.2147/JHL.S289176

14. Khumpiman, C., & Racha-in, P. (2017). Effects of Behavior Modification Program for Delayed Nephropathy Progression in Diabetes Mellitus and Hypertension Patient with Chronic Kidney Disease Stage 1 to 3at DongKhwangSub-district, Mueang NakhonPhanom District, NakhonPhanom Province. *Nakhonphanom Hospital Journal*, *4*(2), 42–49. retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/254606

15. Arunsangsod, K., & Songwathana, . P. . (2023). Effects of a Brief Motivational Interviewing Program on Self-Care motivation, Self-Care Behaviors, and Glomerular Filtration Rate among Patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *38*(01), 52–66. https://doi.org/10.60099/jtnmc.v38i01.259676

16. Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (2019). Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circulation research*, *124*(7), 1045–1060. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313236

17. พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *8*(2), 563–573. สืบค้น จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1567

18. Chen, S., Tsai, Y., Sun, C., Wu, I., Lee, C., & Wu, M. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *26*(11), 3560–3566. https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047

19. ชวมัย ปินะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรรณพร คงอุ่น, นิธิยา นามวงศ์ และสุคนธ์ทิพย์ เรียงริลา. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17*(3), 64–75. สืบค้น จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/247165

20. Li, W., Chiu, F., Zeng, J., Li, Y., Huang, S., Yeh, H., Cheng, B., & Yang, F. (2020). Mobile health app with social media to support Self-Management for patients with chronic kidney Disease: Prospective randomized Controlled study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(12), e19452. https://doi.org/10.2196/19452

21. Ibrahim, N., Teo, S. S. L., Din, N. C., Gafor, A. H. A., & Ismail, R. (2015). The role of Personality and Social Support in Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease patients. *PLoS ONE*, *10*(7), e0129015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129015

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

Development of Oral Health Promotion Model for Preschool children through family and community involvement in Child Development Centers Muang District, Sukhothai Province

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

สินีนาฏ ลือชูวงศ์[1] พรรณภัค เป็งมี[2] ธัญวรัตม์ ถนอมจิตร[3]
Sineenard Luechoowong[1] Phannaphak Pengmee[2] Thanwarat Thanomjit[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนทั้งหมด 256 คน การพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 3) ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาและร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบตรวจสภาวะฟันผุ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ paired sample t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการศึกษาหลังการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพช่องปากพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุลดลงเล็กน้อยแต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.003) รวมถึงคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001)
คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, เด็กปฐมวัย, ฟันผุ, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop and assess an oral health promotion model for preschool children through family and community involvement at child development centers in Mueang District, Sukhothai. A total of 256 participants were purposively selected. The model was developed in four phases: 1) identifying dental caries issues, 2) designing the intervention, 3) implementing it with family and community support, and 4) evaluating its impact at three centers. Data collection included dental assessments, questionnaires, and in-depth interviews, analyzed using the paired sample t-test.

The findings revealed a slight decrease in the average number of dental caries, although the reduction was not statistically significant. However, the amount of dental plaque significantly decreased (p=0.003). Additionally, the average scores for parental knowledge, awareness, and behavior in caring for their children's oral health significantly improved (p<0.001).
Keywords: Oral health promotion model, preschool children, dental caries, family and community participation.

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เนื่องจากปัญหาฟันผุสามารถส่งผลกระทบ

---

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
[2] ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
[3] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ และพฤติกรรมทางสังคมของเด็ก[1,2] จากการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติปี 2566 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 47.0 และร้อยละ 72.1 ตามลำดับ และยังพบว่ามีคราบจุลินทรีย์ในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 44.4 และ 77.3 ตามลำดับ[3] เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์โรคฟันผุของจังหวัดสุโขทัย จากการสำรวจสภาวะช่องปากระดับจังหวัด ปี 2564 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 55.3 และเด็กอายุ 5 ปี มีฟันผุร้อยละ 78.2[4] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัยพบฟันผุถึงร้อยละ 80.5 ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหานี้ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม และการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมที่จำกัด[5]

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเน้นการให้บริการทันตกรรม และให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กได้ โดยพบว่า ความชุกของฟันผุอยู่ที่ร้อยละ 57 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์สุขภาพช่องปากที่กำหนด เนื่องจากยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน[6] ซึ่งหลักการสำคัญ คือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนร่วมกันวางแผน ตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรม

เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในระยะยาว[7,8] อย่างในการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินดำ[9] ใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนใน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีค่าฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิเดช สุขแสง และคณะ[10] พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม เด็กมีจำนวนฟันผุและคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และการศึกษาของกชปิญา ผดุงพันธ์ และคณะ[11] พบว่ามีการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดการความตระหนักและก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน จนทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีความยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ค้นหาปัญหา สาเหตุการเกิดฟันผุ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย 3) ปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ที่พัฒนาขึ้น และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสนามบิน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหลุม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระชงค์ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 256 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เด็กปฐมวัย อายุ 2-3 ปี ที่เข้าศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสนามบิน 24 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหลุม 53 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระชงค์ จำนวน 37 คน และผู้ปกครอง 114 คน

2. ประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกจากกลุ่มร่วมพัฒนา จำนวน 28 คน ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย 10 คน ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 คน ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 คน และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สำหรับกลุ่มเด็กปฐมวัย ได้แก่ แบบตรวจสภาวะฟันผุ และการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่อยู่บนตัวฟันของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยปริมาณคราบจุลินทรีย์ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 0.0-0.6 หมายถึง ระดับดี, 0.7-1.8 หมายถึง ระดับพอใช้ และคะแนน 1.9-3.0 หมายถึง ระดับแย่

2. สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ทราบว่าบุตรหลานมีฟันน้ำนมผุ การดื่มนมในขวดของเด็ก และการแปรงฟันก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 3 คน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง 0.8 ขึ้นไป

3. สำหรับกลุ่มร่วมพัฒนาในระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์รายบุคคล รูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก กึ่งโครงสร้าง จำนวน 5 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

1. ศึกษาสถานการณ์ ค้นหาปัญหา สาเหตุการเกิดฟันผุ ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ สำรวจสภาพแวดล้อมของศูนย์เด็กเล็ก ร่วมกันค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดฟันผุ ตรวจฟันผุและคราบจุลินทรีย์ในเด็กปฐมวัยและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (เดือนมกราคม 2567)

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มร่วมพัฒนาและสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดฟันผุตามบริบทพื้นที่ ร่วมคิดวิธีการแก้ปัญหา สรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พร้อมกำหนดเวลาและผู้รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาช่องปากที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย คือ ฟันผุ จากสาเหตุการบริโภคขนมที่มีรสชาติหวาน และการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่ถูกต้อง และเมื่อมีอาการปวดฟันทำให้เด็กพูดไม่ชัด หรือไม่อยากไปเรียน โดยอยากให้มีการให้ความรู้ผู้ปกครองและจัดกิจกรรมให้เด็กเรียนรู้การแปรงฟันอย่างถูกต้องที่ศูนย์เด็กเล็ก มีการตรวจสุขภาพฟันเป็นเป็นระยะ และอยากให้ทันตแพทย์เข้ามาตรวจฟันเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง (เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567)

ตัวอย่างการสัมภาษณ์

"ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ฟันผุค่ะ บางคนฟันผุมากจนต้องถอนออกก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ เด็กบาง

คนมีเหงือกอักเสบและฟันเหลืองเพราะแปรงฟันไม่สะอาด"

"สาเหตุหลัก คือ พฤติกรรมการกินของเด็ก เด็กมักจะดื่มนมจากขวดก่อนนอนและกินขนมหวานเป็นประจำโดยไม่มีการทำความสะอาดฟันอย่างถูกต้อง และบางครอบครัวก็ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากของเด็ก"

"ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันค่ะ ครูต้องช่วยดูแลและสอนแปรงฟันที่ศูนย์ฯ ผู้ปกครองต้องช่วยดูแลที่บ้าน และหน่วยงานสาธารณสุขสามารถช่วยให้ความรู้และตรวจสุขภาพฟันเด็กเป็นระยะ ส่วนทันตแพทย์ก็ควรเข้ามาตรวจฟันเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง"

3. ปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นความร่วมมือของครอบครัว และชุมชน ใช้แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D (ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน – Dental) แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ “ด้านสุขภาพช่องปาก” และคู่มือการตรวจเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากโดยครู ของสำนักของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 เป็นพื้นฐาน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 เดือน (เมษายน - กันยายน 2567) ซึ่งรายละเอียดกิจกรรมดังตารางที่ 1

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยเก็บข้อมูลสภาวะฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่อยู่บนตัวฟันในเด็กปฐมวัย และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
เพิ่มศักยภาพครูและผู้ปกครองเพื่อเกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	การจัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองในเรื่องการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัย และการบริโภคที่เหมาะสม	- ประเมินผลจากการสังเกตและการตอบคำถามระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม - คะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มกิจกรรม	ทันตแพทย์
ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟัน	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และให้ความรู้เด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกต้องผ่านการเล่านิทาน	- จำนวนฟันผุ และและปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มกิจกรรม	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพฟัน	เฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยไม่นำขนม และขวดนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- จำนวนฟันผุ และและปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มกิจกรรม	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
พัฒนาระบบการคัดกรองฟันผุและส่งต่อเพื่อรับการรักษา	สนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการตรวจสุขภาพฟันเด็กเป็นระยะ	- จำนวนฟันผุ และและปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มกิจกรรม	ทันตแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ เท่ากับ 0.05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ เท่ากับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผลการตรวจสภาวะฟันผุเด็กปฐมวัย จำนวน 114 คน ก่อนการใช้รูปแบบพบว่า เด็กมีจำนวนฟันผุเฉลี่ย 3.79 (S.D.=3.61) และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุลดลงเล็กน้อยเป็น 3.39 (S.D.=3.40) ซึ่งมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.095) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัส COA No. 188/2023 IRB No. 159/2023 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 114 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.58 มีอายุเฉลี่ย 31.39 ปี (S.D.=3.35) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.88 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.25 เด็กอยู่ในการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ร้อยละ 57.89 รองมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 35.09 ผู้ปกครองรับรู้ว่าเด็กมีปัญหาฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 35.96 เด็กยังคงดื่มนมในขวด ร้อยละ 62.28 และส่วนใหญ่เด็กแปรงฟันเองก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 83.33 มีเพียงร้อยละ 14.91 ที่ผู้ปกครองแปรงให้ก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ของเด็กปฐมวัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า เด็กมีปริมาณคราบจุลินทรีย์เฉลี่ย 0.83 (S.D.=0.10) และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นเป็น 0.80 (S.D.=3.40) ซึ่งมีความแตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	$S.D.$	$\bar{d}$	$S.D._{\bar{d}}$	95%CI	t	p-value
จำนวนฟันผุ								
ก่อนการใช้รูปแบบ	114	3.79	3.61	0.39	2.50	0.07-0.86	1.68	0.095
หลังการใช้รูปแบบ	114	3.39	3.40					
คราบจุลินทรีย์								
ก่อนการใช้รูปแบบ	114	0.83	0.10	0.03	0.12	0.01-0.06	3.07	0.003*
หลังการใช้รูปแบบ	114	0.80	0.13					

*P<0.05

ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยเป็น 9.89 (S.D.=0.96), 3.08 (S.D.=0.06) และ 2.83 (S.D.=0.62) ตามลำดับ และ

หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยเป็น 11.75 (S.D.=1.39), 3.44 (S.D.=0.56) และ 3.53 (S.D.=0.68) ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	$S.D.$	$\bar{d}$	$S.D._{\bar{d}}$	95%CI	t	p-value
ความรู้								
ก่อนการใช้รูปแบบ	114	9.89	0.96	1.87	1.57	2.16-1.58	12.74	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	114	11.75	1.39					
ความตระหนัก								
ก่อนการใช้รูปแบบ	114	3.08	0.06	0.36	0.79	0.21-0.51	4.87	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	114	3.44	0.56					
พฤติกรรม								
ก่อนการใช้รูปแบบ	114	2.83	0.62	0.69	0.78	0.55-0.84	9.52	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	114	3.53	0.68					

*P<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยมีจำนวนฟันผุเฉลี่ย 3.79 ซี่ และปริมาณคราบจุลินทรีย์เฉลี่ย 0.83 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยังคงมีอยู่ในเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม หลังจากการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุลดลงเล็กน้อยเป็น 3.39 ซี่ แม้จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.095$) ขณะที่ปริมาณคราบจุลินทรีย์มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าวในการลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของเด็ก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิเดช สุขแสง และคณะ[10] ที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมไปใช้กับเด็กก่อนวัยเรียนในสถานอนามัยเด็กกลาง โดยพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของเด็ก และส่งผลให้จำนวนฟันผุและคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินคำ[9] ที่มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า หลังการดำเนินโครงการ ค่าเฉลี่ยคะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และจำนวนเด็กที่ไม่มีฟันผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสดี จันทร์บาง[12] ที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอนุบาลโดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน และผลการศึกษาพบว่า เด็กที่เข้าร่วมโครงการมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างชัดเจนหลังสิ้นสุดโครงการซึ่งจะเห็นได้ว่า ความสำคัญของการมีส่วนร่วมทั้งจากครอบครัวและชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สามารถช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์และฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม

ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลวรรณ เวียงดินดำ[9] ที่แสดงให้เห็นหลังจากประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมกันของครอบครัวและชุมชน ทำให้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของสิทธิเดช สุขแสง และคณะ[10] โดยหลังจากประยุกต์ใช้รูปแบบ และทำการสัมภาษณ์ครูและผู้ปกครองพบว่ามีความตระหนักและมีทักษะในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กที่ดีขึ้น โดยครูสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ให้เด็กได้ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้การศึกษาของกชปิญา ผดุงพันธ์ และคณะ[11] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกเชื่อมโยงการปฏิบัติงานกับคนในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็ก ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยจะเห็นได้ว่าการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและพฤติกรรมของทั้งเด็กและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการให้ความรู้ที่ถูกต้องควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านของระยะเวลาในการดำเนินโครงการที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการประเมินผลในระยะยาว การศึกษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นอาจช่วยให้เห็นผลที่มีความยั่งยืนมากขึ้น อีกทั้งการศึกษานี้ยังจำกัดเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่สุโขทัย ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ทันที การขยายการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายสามารถช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยจากผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กไม่ควรเป็นหน้าที่ของทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การนำแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมาใช้ไม่เพียงช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพช่องปากที่ดีใน ระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรขยายผลแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในวงกว้าง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจความคิดเห็นทัศนคติ และประสบการณ์ของผู้ปกครอง รวมถึงครูและเจ้าหน้าที่ในสถานศึกษาเกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชนยิ่งขึ้น และนำไปสู่การออกแบบมาตรการที่มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติคุณ บัวบาน.(2560). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 16:45-56.
2. สุเทพ ภูติประวรรณ.(2566). กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชุมพร. วิชาการสาธารณสุข. 32(2):288-98.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2565). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2564). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากจังหวัดสุโขทัย ปี 2564. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
5. วิภาพร เสรีเด่นชัย, จุฬาภรณ์ โสตะ, ธงชัย เหลืองทองคำ.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 15(2):17-29.
6. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วราภรณ์ จิระพงษา, นิตยา เพ็ญศิรินภา.(2563). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 14(3):284-97.
7. กรมอนามัย.(2567). คู่มือการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2567, จากhttps://nich.anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=96185&mid=36391&mkey=m_document
8. คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ.(2567). มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2567, จาก https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2019/3/21360_2_1551673939396.pdf
9. วิไลวรรณ เวียงดินดำ.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 3(1):117-30.
10. สิทธิเดช สุขแสง, อารยา เชียงของ, สุภาวิตา ภคเอกภัทร.(2567). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในสถานอนามัยเด็กกลาง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 7(1):1-17.
11. กชปิญา ผดุงพันธ์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, สุพัตรา วัฒนเสน.(2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพงอำเภอรัตนวาปีจังหวัดหนองคาย. วารสารทันตาภิบาล. 30(1):39-54.
12. ผุสดี จันทร์บาง, ศศิธร บัณฑิตมหากุล, อังศณา ฤทธิ์อยู่.(2561). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอนุบาล โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 41(ฉบับพิเศษ):1-22.

ผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ

THE EFFECT OF MATERNAL COACHING PROGRAM THROUTH A MOBILE APPLICATION ON MATERNAL BEHAVIOR IN CARING FOR CHILDREN WITH PNEUMONIA

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

ชรินทร ผ่องกมลกุล[1] ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล[2]
Charinthorn Phongkamonkull[1] Chanwit Tangsuwankul[2]

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การสอนแนะให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบที่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสอนแนะมารดา ผ่านแอปพลิเคชั่น แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001, *p-value*<0.001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่น, พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็ก, เด็กโรคปอดอักเสบ

ABSTRACT

Pneumonia is a respiratory tract infection, that is the causes of death in children under 5 years. Maternal coaching to proper their behavior in caring for children with pneumonia are important. The quasi-experimental research with pretest-posttest design aimed to examine the effect of maternal coaching program throuth a mobile application on maternal behavior in caring for children with pneumonia. The sample included 30 mothers first admitted children with 1month -5 years with pneumonia in the Pediatric Ward, Chonburi Hospital, Chonburi Province. Samples were convenience sampling assigned to the experimental group (n=15) and the control group (n=15). Data were collected from January to May 2024. The experimental group received a coaching program throuth a mobile application, and the control group received a routine care. The instruments consisted of a coaching program throuth a mobile application, the general information questionnaire and the maternal behavioral in caring for children with pneumonia questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was 0.85. Data were analyzed by using descriptive statistics independent *t*-test and paired *t*-test.

[1]พย.ม. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี
[2] พย.บ. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

The results revealed that after receiving the coaching program throuth a mobile application, the mean score of maternal behavior in caring for children with pneumonia of experimental group was significantly higher than control group (*p-value*<0.001) and higher than before the experiment (*p-value*<0.001).

Key words: Maternal coaching program throuth a mobile application, Maternal behavior in caring, Children with pneumonia

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กทั้งหมด[1] จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบทั้งหมด 79,104 ราย [2] สำหรับโรงพยาบาลชลบุรีมีรายงานสถิติเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 850, 1050, และ 1360 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นโรคอันดับ 1 ใน 5 อันดับที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เฉลี่ยเดือนละ 70 - 90 ราย และพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉลี่ยเดือนละ 10 ราย

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนี้เด็กยังเล็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตัวเองได้ เมื่อเด็กวัยนี้เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบส่งผลกระทบต่อตัวเด็กได้แก่ การติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุทางเดินหายใจบวม เกิดการสร้างเสมหะมากผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กหายใจไม่สะดวก รับประทานอาหารได้ลดลง[3] เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และส่งเสริมการฟื้นหายของโรค มารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นบุคคลที่เด็กมีความใกล้ชิดและไว้วางใจมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาของเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบไม่ถูกต้อง เมื่อเด็กมีน้ำมูกและเสมหะมารดาไม่กล้าดูดเสมหะ เนื่องจากคิดว่าจะเป็นการกระตุ้นทำให้เด็กร้องไห้ มีอาการไอและมีน้ำมูกเพิ่มมากขึ้น[4] นอกจากนั้นมารดายังไม่สามารถประเมินอาการและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กได้ จึงทำให้มารดาตัดสินใจได้ล่าช้าที่จะพาบุตรมาเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ เด็กป่วยโรคปอดอักเสบมีอาการรุนแรงมาก[5] ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และความสามารถของมารดาจะทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลขณะเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

แนวคิดการชี้แนะของ June Girvin (1999)[6] ที่กล่าวว่า การชี้แนะเป็นกระบวนการสอนและฝึกปฏิบัติ ที่ผู้สอนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้พัฒนาตนเอง พัฒนาทักษะ ความสามารถและพัฒนาการปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การตกลงร่วมกัน 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 3) การสะท้อนปัญหาและการวางแผนปฏิบัติ 4) การปฏิบัติตามแผนกิจกรรม และ5) การประเมินผลการปฏิบัติ ถึงแม้ว่ากระบวนการสอนแนะช่วยส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น แต่สื่อที่ใช้ประกอบการสอนก็นับว่ามีความสำคัญ ซึ่งมารดา จะเกิดการเรียนรู้ผ่านสื่อที่ใช้ประกอบการสอน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสอนแนะมารดาหรือผู้ดูแล นั้นมีการใช้สื่อในรูปแบบต่าง ๆ เช่น หนังสือคู่มือ หนังสือนิทาน วีดีโอให้ความรู้และแผ่นพับ[7-9] แต่ในประเทศไทยยัง พบได้น้อยที่นำสื่อแอพพลิเคชั่นมาประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองเพื่อส่งเสริม ให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม[10]

ปัจจุบันมีการประยุกต์เทคโนโลยีทางการสื่อสารเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะ การใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน การ

พัฒนาแอปพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟนส่งผลให้มีฟังก์ชันการทำงานที่หลากหลาย ในด้านเนื้อหา สามารถให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในลักษณะรูปภาพ ข้อความ และเสียงที่มีความน่าสนใจ ใช้งานได้ง่าย ใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา [11] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นต่อพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ โดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟนเป็นสื่อในการสอนแนะ เพื่อให้มารดามีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นระยะหลังการทดลองมารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (two-group pre-test post-test design) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ June Girvin (1999)6 มาประยุกต์ใช้ ซึ่งอธิบายว่า การชี้แนะ (Coaching) เป็นกลยุทธ์ในการให้ความรู้ระหว่างผู้ชี้แนะกับผู้เรียน ซึ่งเป็นการสอนแบบตัวต่อตัว โดยผู้ชี้แนะจะเป็นผู้พัฒนาความรู้ทักษะ ความสามารถของผู้เรียน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สอน คอยชี้แนะ และให้คำแนะนำ สนับสนุน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตกลงร่วมกัน โดยการสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการทำกิจกรรม 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา เป็นการรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์ปัญหาโดยการซักถามความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ 3) การสะท้อนปัญหาและการวางแผนปฏิบัติ ผู้วิจัยสะท้อนให้มารดาเห็นถึงผลกระทบเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบและความสำคัญในการดูแล พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ 4) การปฏิบัติตามแผนกิจกรรม โดยใช้เทคนิคการสอนโดยมีสื่อการสอนเป็นแอปพลิเคชั่นควบคู่กับการสาธิตการเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด การดูดน้ำมูกและเสมหะด้วยลูกยางแดง การประเมินอัตราการหายใจและการสังเกตอาการที่ผิดปกติและให้มารดาสาธิตย้อนกลับกับหุ่นเด็กจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติจริงกับบุตรได้ สนับสนุน และให้คำแนะนำ และ 5) การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับมารดา พร้อมทั้งอธิบายและชี้แนะเพิ่มเติมในสิ่งที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีบุตรอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบครั้งแรกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของมารดาตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลเด็กป่วยในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลา 3 วันในการเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 4) เป็นมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคปอดอักเสบครั้งแรก 5) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและสามารถใช้สมาร์ทโฟนได้

เกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยรับใหม่วันแรกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเป็นครั้งแรก 2) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับไม่รุนแรงคือ ผู้ป่วยเด็กต้องไม่มีไข้สูง (อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38.5 องศาเซลเซียส) หายใจเร็วแต่ไม่มีอกบุ๋ม ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) มากกว่าเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ 3) ไม่มีความพิการแต่กำเนิดและไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น สมองพิการ กลุ่มอาการดาวน์และโรคหัวใจ เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดออก 1) ระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง 2) ในระหว่างทำการทดลองเด็กมีอาการวิกฤตต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) และเครื่องHigh-flow nasal cannula

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ มารดาเด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของพัชรินทร์ น้อยอามาตย์ [12] พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบเท่ากับ 75.83 (SD = 6.42) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 67.04 (SD = 7.38) แล้วนำมาแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มของ Cohen (1988)

จากสูตร

$$d = \frac{m_A - m_B}{\sigma}$$

และ

$$\sigma = \frac{SD_A + SD_B}{2}$$

เมื่อแทนค่า จะได้ค่าดังนี้

$$d = \frac{75.83 - 67.04}{6.9}$$

$$d = 1.27$$

นำค่าอิทธิพลที่ได้มาเปิดตารางโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจทดสอบที่ 0.80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.27 จากการเปิดตารางของ Jacob Cohen[13] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 12 ราย รวมทั้งหมด 24 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ซึ่งโดยทั่วไปจะมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองประมาณร้อยละ 20[14] ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณได้กลุ่มละ 3 ราย จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย โดยจัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 ราย และจัดเข้ากลุ่มควบคุม 15 ราย รวมทั้งหมด 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 15 ราย เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบตามที่กำหนด จึงดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองจนครบ 15 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contamination of ttreatment)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการ

โปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นในเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเพื่อให้มารดา มีความรู้ ความมั่นใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง ตามแนวคิดของ June Girvin (1999)[6] โดยมีขั้นตอนกระบวนการดังต่อไปนี้คือ 1) การตกลงร่วมกัน โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพร่วมกันกับมารดา อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการทำกิจกรรม 2) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ผู้วิจัยกับมารดาร่วมกันสรุปปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบและตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน เพื่อกำหนดสิ่งที่มารดาควรทราบเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม 3) การสะท้อนปัญหาและการวางแผนปฏิบัติ

ผู้วิจัย ให้มารดาชมแอปพลิเคชั่นความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก หลังจากมารดาชมแอปพลิเคชั่นให้ความรู้ ผู้วิจัยสะท้อนให้มารดาเห็นถึงผลกระทบเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบและความสำคัญในการดูแล พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนดูแล 4) การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมโดยผู้วิจัยให้มารดาชมแอปพลิเคชั่นกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย โรคปอดอักเสบ หลังจากชมแอปพลิคชั่นเสร็จ ผู้วิจัยให้มารดาฝึกปฏิบัติการเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด การดูดเสมหะน้ำมูกด้วยลูกสูบยางแดง การนับอัตราการหายใจและสังเกตอาการผิดปกติกับหุ่นเด็ก โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิต และให้มารดาสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติจริงกับบุตรได้ และ5) การประเมินผล การปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก และลำดับที่ของบุตร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของพัฒนพร ตรีสูนย์ และประนอม รอดคำดี[8] ซึ่งมีพฤติกรรมในการดูแล 7 ด้าน ดังนี้ ดังนี้ 1) การเช็ดตัวลดไข้ 2) การเคาะปอด 3) การดูดเสมหะหรือน้ำมูกด้วยลูกยางแดง 4) การประเมินอัตราหายใจและอาการผิดปกติ 5) การให้ยา 6) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ 7) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีจำนวนทั้งหมด 34 ข้อ มีตัวเลือกเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1-4 (ไม่เคยทำเลย-ทำเป็นประจำ) แปลผลแบบค่าคะแนนต่อเนื่อง คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กและกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบไปตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแอพพลิเคชั่นสร้างคิว อาร์ โค้ด (QR CODE) และนำไปทดลองใช้กับเด็กคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2-3 ราย เพื่อดูความเข้าใจเนื้อหาและความสนใจ ต่อโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นแล้วนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในงาน วิจัย สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยนำมาจากพัฒนพร ตรีสูนย์ และประนอม รอดคำดี[8]โดยไม่ได้มีการปรับรุงหรือดัดบแปลเนื้อหาและแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และไม่มีการหาค่า OIC

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาเด็กโรคปอดอักเสบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 15 ราย ซึ่งไม่ใช่มารดาในกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าเท่ากับ 0.85

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลชลบุรี 53/66/N/h1 กลุ่มตัวอย่างตกลงยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการมีสิทธิ์ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การถอนตัว จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด หลังจากนั้นให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงนามใน ใบยินยอมในการรวบรวมข้อมูล และจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง มีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเป็นภาพรวม หลังจากงานวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เอกสารในการเก็บข้อมูลถูกทำลาย

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ภายหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t – test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน Independent t – test ดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal distribution)โดยการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีค่า *p-value* > 0.05 และ 2) ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน โดยการทดสอบด้วยสถิติ Levene's test พบว่า มีค่า *p-value* > 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นระยะก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีโดยใช้สถิติ Dependent t – test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทบสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระ(Dependent t-test) ดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal distribution)โดยการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีค่า *p-value*> 0.05 และ 2) ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน พบว่า *p-value* < 0.05 3) คะแนนความแตกต่างมีการแจกแจงแบบปกติ (d) *p-value* > 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของมารดา

กลุ่มทดลอง มารดามีอายุเฉลี่ย 27.25 ปี (*SD* = 2.40) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 73.30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 33.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน 12,690 บาท (*SD* = 3,509.51)

กลุ่มควบคุม มารดามีอายุเฉลี่ย 28.20 ปี (*SD* = 2.34) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 66.67 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 40.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน 12,833 บาท (*SD* = 3012.09)

เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพใช้สถิติการทดสอบของ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p >0.05) ส่วนข้อมูลอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p >0.05)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย

กลุ่มทดลอง เด็กป่วยมีอายุเฉลี่ย 15.70 เดือน (*SD* = 5.91) มีน้ำหนักเฉลี่ย 10.60 กิโลกรัม (*SD* = 2.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 และเพศหญิง ร้อยละ 40.00 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 66.70 และลำดับที่ 2 ร้อยละ 33.30

กลุ่มควบคุม เด็กป่วยมีอายุเฉลี่ย 16.87 เดือน (*SD* = 6.01) มีน้ำหนักเฉลี่ย 12.40 กิโลกรัม (*SD* = 2.17) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 และเพศหญิง ร้อยละ 33.30 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 73.30 และลำดับที่ 2 ร้อยละ 26.67

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศและลำดับที่ของบุตรโดยใช้การทดสอบด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (*p-value*> 0.05) ส่วนข้อมูลอายุและน้ำหนักใช้การทดสอบด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (*p-value*> 0.05)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent *t*-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน(*p-value* > 0.05)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent *t*-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายด้านของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.05)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบโดยรวมของ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired *t*-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* <0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่น มารดากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วย โรคปอดอักเสบสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติปกติ ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นตามแนวคิดของ June Girvin[6] ซึ่งผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอน และกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมกับมารดาเด็กป่วยโรคปอดอักเสบรวมทั้งมีการอภิปราย วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกันกับมารดา ปัญหาที่พบคือ มารดาไม่มีความรู้ ขาดความมั่นใจใน การดูแล จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลที่

ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสะท้อนให้มารดาเห็นถึงผลกระทบเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ หลังจากนั้นผู้วิจัยและมารดาร่วมกันวางแผนการดูแล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสอนและมีสื่อประกอบการสอนที่น่าสนใจ ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตและให้มารดาสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การเคาะปอด การดูดเสมหะและน้ำมูกด้วยลูกสูบยางแดง การประเมินการหายใจและอาการผิดปกติ พร้อมทั้งคอยชี้แนะ สนับสนุน และให้คำแนะนำกับมารดาตลอดการทำกิจกรรม ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะมารดาในเด็กป่วยโรคปอดอักเสบพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ (*p-value* 0< 0.05)[7,8,9]

อย่างไรก็ตามกระบวนการสอนแนะช่วยส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น แต่สื่อที่ใช้ประกอบการสอนก็นับว่ามีความสำคัญ ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนเป็นแอปพลิเคชั่นให้ความรู้ที่มารดาสามารเข้าถึงข้อมูล ได้ง่าย สะดวก ลักษณะเนื้อหาเป็นรูปภาพ ข้อความ และเสียงที่มีความน่าสนใจ สื่อการสอนดังกล่าวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ผ่านสื่อที่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบดีขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างการให้ความรู้เกี่ยวกับการพ่นยาผ่านแอพพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟนกับการให้ความรู้โดยคู่มือประกอบการสอนต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพ่นยาของมารดาที่มีบุตรป่วยโรคทางเดินหายใจพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพ่นยาของมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านแอพพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้โดยคู่มือประกอบการสอน ($p < 0.001$) [15] ภายหลังการทดลองมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) หมายความว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่น มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่น มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบ เนื่องจากโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่นพัฒนามาจากแนวคิดการชี้แนะ ของ June Girvin[6] เป็นกระบวนการในการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของมารดา ผู้สอนจะเป็นผู้ชี้แนะ ฝึกสอน สาธิตทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล คอยให้คำแนะนำแก่มารดา รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของมารดา เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของมารดา โดยมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการวางแผนออกแบบขั้นตอนวิธีการเรียนรู้ร่วมกัน มีการสอนควบคู่กับการประเมินมารดาตลอดเวลา อีกทั้งมีสื่อการสอนที่น่าสนใจ มารดาจึงเกิดการเรียนรู้ผ่านสื่อที่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย ทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้เกิดการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในการศึกษาพบว่า การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความลำเอียงในการวัดผลลัพธ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความลำเอียงในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเด็กสามารถนำแอปพลิเคชั่นให้ความรู้ไปใช้เป็นสื่อประกอบการสอนมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเพื่อช่วยส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการการดูแลบุตรป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการสอนแนะมารดาผ่านแอปพลิเคชั่น โดยได้ไปใช้เป็นแนวทางประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีการติดตามประเมินพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบเป็นระยะเวลาสั้นๆ ดังนั้นเพื่อประเมินผลลัพธ์ความคงอยู่ของพฤติกรรมในการดูแลของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคปอดอักเสบ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลชลบุรีทุกท่าน ตลอดจนผู้ปกครองและเด็กป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรีที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ทำให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. End preventable child death from pneumonia and diarrhea by 2025 the integrated global action plan for pneumonia and diarrhea. Geneva: WHO; 2023.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for preventing contact disease in the center young children (for teachers and childcare). 2nd ed. Nonthaburi: General Contact Bureau Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai).
3. Medical Records & Statistics Chonburi Hospital. Hospital Patient Statistics Report Chonburi in 2023. Medical Records Audit Chonburi Hospital; 2023. (in Thai).
4. Nuchsai T, Uthis P. The needs of parents of hospitalized children with acute respiratory tract infection in Nangrong Hospital, Buriram Province. Mahasarakham Hospital Journal 2016; 13(2): 24-35. (in Thai)
5. Wilson D. The child with respiratory dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Editors. Essentials pediatric nursing. St. Louis: Mosby; 2009.
6. Girvin J. Coaching for improving job performance and satisfaction. Nursing Times j 1999; 95: 55- 57.
7. Apichaiyawat S. Effects of coaching on care practices among parents of children with pneumonia. [Master of Nursing Science (Pediatric Nursing) Thesis]. Chaing Mai: Chaing Mai University; 2009. (in Thai).
8. Threesoon P. The effects of maternal coaching program on caring behaviors for toddler with pneumonia. [Master of nursing science program in nursing science Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
9. Pinhom S. Effect of a maternal coaching program on maternal behavior in caring for children with pneumonia [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)

10. Paprom W. Effects of the supportive program and application towards care behavior of caregivers of newborns with neonatal hyperbilirubinemia undergoing phototherapy. Songklanagarind Journal of Nursing 2561; 38(3): 167-78. (in Thai)
11. Dayer L, Heldenbrands S, Anderson P, Gubbins P, Martin B. Smartphone medication adherence app: Potential benefits to patients and providers. JAPhA 2013 Mar-Apr; 53(2): 172. doi: 10. 1331/JAPhA.2013.12202.
12. Noiarmart P. The effect of educative-supportive nursing system on parent's care behaviors for children with pneumonia [dissertation]. Khonkaen: Khonkaen Universitry; 2013.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior science. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Sriastidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U and I Intermedia; 2009. (in Thai)
15. Lee J, Jeong S, Min, H. The effects of smartphone-based nebulizer therapy education on parent's knowledge and confidence of performance in caring for children with respiratory failure. *Journal of* Pediatric Nursing 2017; 36(1): 19-13.

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of substance use patients with aggressive behavior: 2 case studies.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

ทองใบ สุขรี[1]
Thongbai Sookree[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีประวัติใช้และติดสารเสพติด ร่วมกับมีอาการและบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาทม โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ารับบริการวันที่ 1 มีนาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 27 กรกฎาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียน ใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง OAS (Overt Aggression Scale) และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 31 ปี อาการสำคัญ 1 วันก่อนมา พูดบ่นคนเดียว หงุดหงิด โวยวาย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder ได้รับการรักษา ให้ยาฉีด Haloperidol 5 mg IM, Valium 10 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง ดูแลตามแผนการพยาบาล 6 แผน อาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รายที่ 2 เพศชาย อายุ 37 ปี อาการสำคัญ 1วันก่อนมา หงุดหงิดฉุนเฉียว โวยวาย ขู่ทำร้ายญาติ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder ได้รับการรักษา ให้ยาฉีด Haloperidol 5 mg IM, Valium 5 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง ดูแลตามแผนการพยาบาล 7 แผน อาการอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของกรมสุขภาพจิต

คำสำคัญ: การพยาบาล, การใช้สารเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าว

Abstract

This study was case study aimed to compare the nursing care provided to two substance use patients with aggressive behavior. The samples were purposively selected based on specified from admitted to Nathom Hospital patient who has substance use history with aggressive behaviors and high risk of violence. The study was conducted on the first patient who received services on March 1,2024 , and the second patient on July 27, 2024. Data were corrected using interviews, observations and medical records. The concept of patient health assessment according to Gordon's 11 health model, the overt aggression screening and determine nursing diagnosis together with nursing process concepts to apply in nursing care.

Main findings: Case 1 : male 31 years old presenting with speaking incoherently, irritability and violent behavior 1 days before hospital admission. He was diagnosed with Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder and received treatment by injecting haloperidol 5 mg IM, and valium 10 mg IV every 6 hours according to 8 nursing plans. The symptoms improved and the patient was discharged home. Case 2 : male 37 years old 1 day before hospital admission, had symptoms of not sleep, speaking incoherently and aggressive behavior . The patient was diagnosis with Multiple Substance-Induced psychosis received treatment by injecting haloperidol 5 mg IM, and valium 5 mg IV every 6 hours according to 7 nursing plans. The symptoms improved and the patient was discharged home. Patients received treatment according to the guideline 2018 of department of mental health for acute psychiatric care.

Keywords : Nursing care, Substance use, Aggressive behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลนาทม

บทนำ

การติดยาเสพติดเป็นปัญหาด้านจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่แสดงอาการได้ทั้งการเสพติดทางกายและการเสพติดทางใจ ส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนครอบครัว สังคม ชุมชน และเป็นปัญหาที่แพร่กระจายในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบรุนแรงต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานยาเสพติดโลกพบว่าในปี ค.ศ.2020 มีประชากร 275 ล้านคนทั่วโลกเกี่ยวข้องกับยาเสพติด มีจำนวนร้อยละ 22 จากปี ค.ศ. 2010 ยาเสพติดที่นิยมใช้ทั่วโลกใน 3 อันดับแรก คือ กัญชา ฝิ่น อนุพันธ์ฝิ่นและเมทแอมเฟตามีน สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย[1] พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน 31.91 : 1 : 1,000 ประชากร จะเห็นได้ว่าปัจจุบันยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด คือ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า ซึ่งยังคงเป็นยาหลักที่พบการแพร่ระบาดมากที่สุด โดยมีสัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าร้อยละ 70 รองลงมาคือกัญชา ไอซ์ กระท่อม และเฮโรอีน ปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสิ่งที่น่ากังวล คือ การใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด โดยมีการนำตัวยาเสพติดและกลุ่มยารักษาโรคมาใช้ร่วมกัน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่จะมีความยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้การติดยาเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีการเสพซ้ำบ่อยๆ ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพโดยเฉพาะ จะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองติดยา หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่องยิ่งมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว และ มีความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เศร้า วิตกกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจเกิดภาวะฉุกเฉินในด้านพฤติกรรมที่รุนแรงได้ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมาแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยยาเสพติดสะสม 969,901 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย 381,631 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.35 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) มีจำนวนผู้ที่คลุ้มคลั่งเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2021 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วย SMI นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั้งหมดที่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี ผู้ป่วย SMI ร้อยละ 5-15 สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลมาก่อน แต่ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยาเนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชการติดตามดูแลทียังไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษา กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น[1,2]

การพยาบาลผู้เสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วนภายใต้ข้อจำกัดของเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทุกฝ่าย การประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ สีแดง สีส้ม สีเหลือง และสีเขียว การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยของโอเรม การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลใกล้ชิด มีความไวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป[3]

จากสถิติโรงพยาบาลนาทม มีผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในปีพ.ศ. 2564 จำนวน 206 คน มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 5 คน อุบัติการณ์คิดเป็น ร้อยละ 9.8 ปีพ.ศ. 2565 จำนวน 296 คน มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 9 คน อุบัติการณ์คิดเป็น ร้อยละ 5.8 และ ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 447 คน มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 12 คน อุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 24.7 และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2564, 2565 และ 2566 จำนวน 39 ราย 79 ราย และ 99 ราย ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบกับการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ ลดการกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว

2. เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาทม

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าวกับทฤษฎีทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษารายกรณี

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบ การใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาทม โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 -12 มีนาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม – 5 สิงหาคม 2567

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูล ผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนาทม ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจาก ผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วย/ญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เขียน ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน

การศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ การใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด มาเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยรายที่ 2 เสพยาบ้า ซึ่งเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง หากเสพปริมาณที่สูงและเป็นเวลานานต่อเนื่อง ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์ควบคุมพฤติกรรมทำงานได้น้อยลง การยับยั้งชั่งใจลดลง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้[3] ประเด็นแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem ด้านพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวที่ระดับต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีระดับ OAS มากกว่า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากชนิดของสารเสพติดและระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดที่ต่างกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 31 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน อาชีพ ทำนา/รับจ้างทั่วไป อาศัยอยู่ที่บ้านตนพ่อแม่ ร่วมกับพี่สาว พี่เขยและหลาน	เพศชาย อายุ 37 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างผอม อาชีพ รับจ้างตัดยาง อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองในเดียวในสวนยางพารา
2. การวินิจฉัยโรค	Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder	Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder
3. อาการสำคัญ	พูดบ่นคนเดียว หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง เป็นก่อนมา 1 วัน	หงุดหงิด ฉุนเฉียว โวยวาย ขู่ทำร้ายญาติ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
4. ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมา เสพยาบ้า สี่คูณร้อย (4 X 100) มีอาการพูดบ่นคนเดียว หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ญาติพามาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาเสพยาบ้า หงุดหงิด โวยวาย หูแว่ว ภาพหลอนหลงผิดคิดว่ามีคนจะทำร้าย ใช้มีดขู่ทำร้ายญาติจึงแจ้งตำรวจและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัวใดๆ - ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร - ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด	5 ปีก่อนเคยมีอาการหงุดหงิดอาละวาดเมื่อมีการเสพยาหนักแต่ไม่เคยเข้ารับการรักษา 1 ปีก่อนเคยติดคุกด้วยคดียาบ้า 8 เดือนก่อนมาหงุดหงิดอาระวาด จะทำร้ายร่างกายญาติ เพราะคิดว่าญาติจะทำร้ายตนเอง ไม่เคยรักษาอาการทางจิต
6.ประวัติการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ 16 ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้า จำนวน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมปริมาณ 1/2 แก้ว ลอง 3 ครั้ง ซึ่งน้ำกระท่อม เพื่อนเป็นคนต้มประกอบด้วยน้ำต้มใบกระท่อมผสมกับยาแก้ไอ น้ำโค้ก และน้ำแข็ง ต่อมาใช้ยาบ้า น้ำกระท่อม เพิ่มปริมาณมากขึ้น มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลนาทม	เริ่มเสพยาบ้า ดมกาว ตั้งแต่อายุ 15 ปี มีช่วงเสพห่างออกบ้าง ช่วงอายุ 20ปี ปัจจุบันเสพยาบ้า เสพกัญชาเป็นประจำ สูบบุหรี่ 5-6 มวน/วัน
7. อาการแรกรับ	ผู้ป่วยชายไทย รับใหม่จาก OPD มาโดยรถนั่งพร้อม จนท.ศูนย์เปล และญาตินำส่งแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มี	ผู้ป่วยชายไทยแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ท่าทางระมัดระวังตัว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเสียงดัง มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ก้าวร้าวระดับน้อยทางคำพูด (แบบประเมิน OAS = 6 คะแนน) แต่มีประวัติก่อความรุนแรงระดับปานกลาง หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว	ระดับปานกลาง(แบบประเมิน OAS = 10) ขู่จะทำร้ายคนอื่น ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง (คะแนนแบบประเมิน PVSS = 23 คะแนน) หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเอง
ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ปฏิเสธภาพหลอน V/S BT = 36.5 C , PR = 88 /min ,RR = 20/min ,BP = 109/80 mmHg	ไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight ปฏิเสธหูแว่ว/ภาพหลอน V/S BT= 36.7 C , PR = 84/min ,RR = 20/min, BP = 119/65mmHg

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่าง ๆ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี โสด นับถือศาสนาพุทธ ความคิดความจำดีสามารถเล่าเรื่องราวที่มีอยู่ในอดีตและปัจจุบันของตนเองได้ ครอบครัว Low self esteem เก็บกด มีความขัดแย้งกับมารดา รับรู้ตนเองว่าเครียด นอนไม่หลับและใช้สารเสพติด สารกระตุ้น เสพยาบ้า ดื่มกาแฟผสมเอ็มร้อย เสพกัญชา เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายควบคุมตัวเองไม่ได้ ก่อนมา 1 วัน	**1.แบบแผนสุขภาพ** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี โสด นับถือศาสนาพุทธ ความคิดความจำดี สามารถเล่าเรื่องราวที่มีอยู่ในอดีตและปัจจุบันของตนเองได้ ไม่ค่อยมีบทบาทในครอบครัว Low self esteem เก็บกด มีความขัดแย้งกับมารดา รับรู้ตนเองเป็นผู้ถูกกระทำมาโดยตลอด ไม่มีคนรัก เครียดน้อยใจ โกรธนอนไม่หลับและใช้สารเสพติด สารกระตุ้นเสพยาบ้า เสพกัญชา เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีอารมณ์ หงุดหงิด ก้าวร้าว วาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายควบคุมตัวเองไม่ได้อยากจะไปทำร้ายคนอื่นก่อนมา 1 วัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิดเพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะLow self esteem โดยกรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ยาเสพติดหลายชนิดและมีระยะเวลาการเสพติดที่ยาวนานกว่า ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ โกรธ มีความคิดหลงผิดและมีการรับรู้บิดเบือนจากความจริง หูแว่ว ภาพหลอน ที่เด่นชัดมากกว่า
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ในการรักษา เอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย ทำคำพูด โดยใช้แบบประเมิน OAS = 6 คะแนน หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT = 36.5 องศาเซลเซียส, PR = 88 /min ,RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg	**2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง** ในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเสียงดัง มีก้าวร้าวระดับปาน กลาง โดยใช้แบบประเมิน OAS = 10 คะแนน ขู่จะทำร้ายคนอื่น ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง	แบบประเมินOAS พบว่ามีพฤติกรรมระดับต่ำแม้ผู้ป่วยจะมีประวัติกระทำรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาลซึ่งการประเมินมีความครอบคลุมน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับรายกรณีที่ 2 ทีมีพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale :PVSS) พบมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)ระดับ คะแนนเสี่ยงสูง แต่ผู้ป่วยที่ 2 รายก็ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ เนื่องจากบุคลากรให้ความสำคัญกับการซักประวัติที่ครอบคลุมและการติดตามเฝ้าระวังและให้การบำบัดรักษาได้ตรงปัญหาและความต้องการเฉพาะราย
3. แผนการรักษา **ระยะ Acute care**	**3. แผนการรักษา** **ระยะ Acute care**	แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจวินิจฉัยร่วมกับอาการแสดงโดยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการผล

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่าง ๆ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine , marijuana ,CXR Med : -Haldol 5 mg IM prn for agitation -Valium 10 g IV prn for agitation -Risperidone (2) 1 x 1 pc ช, hs -Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 pc ช, hs -Depakine (200) 1 x hs -lorazepam (1) 1 x hs, 1 x prn for insomnia -Elixer Kcl 30 ml oral ทุก3 hrs x 3 dose -Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ รวมระยะเวลารักษาตัว 11 วัน **ระยะดูแลต่อเนื่อง** Risperidone (2) 1xpc ช,2 x hs (ปรับยา) -Depakine (500) 1 x hs (ปรับยา) **ระยะเตรียมจำหน่าย** - ประสานทีมพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง -Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 pc ช, hs - Risperidone (2) 1 x pc ช, 2 x hs - Depakine (500) 1 x hs	CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine , marijuana ,CXR Med : -Haldol 5 mg IM prn for agitation -Valium 10 g IV prn for agitation -Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs -Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 pc ช, hs -lorazepam (2) 1 x 3 pc , 1xprn for insomnia -Vit B complex 1 x 3 pc -Elixer Kcl 30 ml oral x 1 dose -Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ รวมระยะเวลารักษาตัว 9 วัน **ระยะดูแลต่อเนื่อง** lorazepam(2) 1 x prn for insomnia (ปรับยา) -Depakine (200) 1 x pc ช, 1 x hs **ระยะเตรียมจำหน่าย** - ประสานทีมพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง - Depakine (500) 1 x 2 oral pc -Fluphenazine 50 mg IM ทุก 1 เดือน	การตรวจ Urine Amphetamine , marijuana ให้ผลบวกที่ 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางกายแบบเดียวกันคือ ภาวะ Hypokalemia ให้การรักษาทางกายและอาการทางจิตด้วย ยาต้านโรคจิตและยาปรับอารมณ์ ที่ใกล้เคียงกัน และมีการวางแผนดูแลต่อเนื่องโดยการประสานพื้นที่เนื่องจากทั้ง 2 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แต่เนื่องด้วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการทางจิตที่เด่นชัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่สูงกว่า แพทย์จึงให้การรักษาอาการทางจิตแบบต่อเนื่องแบบออกฤทธิ์ระยะยาวเพื่อให้สามารถควบคุมอาการได้
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล -เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ -เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม -เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง -เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา -แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล -เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	**4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล** -เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ -เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม -เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง -เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา -แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล -เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย -เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 6 ข้อ และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ผู้ป่วยมีโอกาสใช้ความรุนแรงสูง PVSS สูง แม้ว่า OAS จะอยู่ระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพสารเสพติดหลายชนิดร่วมกันเหมือนกัน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีคะแนน OAS อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีคะแนน PVSS ระดับสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลการตรวจ Urine Amphetamine, marijuana ให้ผลบวก สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้าเพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีลักษณะอารมณ์เก็บกดและหลีกหนีปัญหา มีความขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทาน เพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 1 ยังมีความกดดันจากครอบครัว ร่วมกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเอง ทำให้ระยะเวลาในการรักษานานกว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีการรักษาไม่ต่อเนื่องขาดยา ประกอบการผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมเดิมโอกาสกลับซ้ำจึงมีได้สูงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนจึงมีความจำเป็น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง การศึกษานี้พบว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องติดตามเยี่ยมเพื่อบ้านอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการกลับซ้ำได้[4]

จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่นเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก METHOD-P วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข[5,7]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ ทักษะ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน

3. ควรมีการจัดตั้งหอผู้ป่วย/สถานที่สิ่งแวดล้อม และอัตรากำลังตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด.

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง. บริษัทดีน่าดูมีเดียพลัส จำกัด.

3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care). บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

4.นุชนาจ เนตรบุตร. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 หน้า 672-679.

5.ปิยาภรณ์ อินทรา. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 หน้า 118-134.

6.มานพ คณะโต และคณะ. (2562). วิธีการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ปีที่ 36. ฉบับที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 จาก https://jfklib.oas.psu .ac.th

7.วิมล ลักขณาภิชนชัช. (2563). คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

Development of diabetic patient care and health promotion system in sub-district health promotion hospitals transferred to Kanchanaburi Provincial Administrative Organization

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

รังสิมันตุ์ ทองสวัสดิ์[1] บุญชัย อุดม[2]
Rangsiman Thongswat[1] Boonchai Udom[2]

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย เป็นการศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่ วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งใช้เวลาในการศึกษา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2567– เดือนมกราคม 2568 และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เป็นการขยายผลจากระยะที่ 1 ไปศึกษาต่อในพื้นที่อำเภอท่ามะกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 แห่ง ตั้งแต่วันที่ ระหว่างเดือนมกราคม – เดือนมีนาคม 2568 จำนวน 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Independent t-test, paired simple t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Scheffe

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย พบว่า ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด 2) ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 3) ให้การรักษาพยาบาลและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ติดตาม ให้กำลังใจ 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย และ 6) ให้การสนับสนุน รพ.สต. โดยโรงพยาบาลในพื้นที่ ผลการใช้ระบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และด้านต่างๆ (ยกเว้นด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค) ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และดีกว่าระบบการดูแลแบบเดิมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและด้านต่างๆ (ยกเว้นด้านการรับประทานยา) และระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งนี้ ระบบที่พัฒนานี้ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าระบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา พบว่า 1) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ 5) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการดำเนินงาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

---

[1] สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชานาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลุมรัง อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

Abstract

Development of diabetic patient care and health promotion system in sub-district health promotion hospitals transferred to Kanchanaburi Provincial Administrative Organization aims to study the diabetic patient care and health promotion system and develop the diabetic patient care and health promotion system in sub-district health promotion hospitals transferred to Kanchanaburi Provincial Administrative Organization. This research is a research and development (Research and Development) divided into 2 phases: Phase 1, the research phase, is a study from the time diabetic patients entered the diabetic patient care and health promotion system in the experimental group and the comparison group that did not enter the developed system. The study period is 3 months from October 7, 2024 to January 2025. Phase 2, the development phase, is an extension of Phase 1 to continue the study in Tha Maka District in 14 sub-district health promotion hospitals that volunteered to participate in the project from Between January - March 2025, 3 months, data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) Chi-square test, Independent t-test, paired simple t-test and F-test with One way ANOVA technique, comparing pairs by Scheffe.

Results of the study

Phase 1, the research phase, found that the developed diabetes care and health promotion system consisted of 1) reminders to come for treatment as scheduled, 2) assessment of patients' self-care practices, 3) providing medical treatment and advice on behavior modification, 4) following up and providing encouragement, 5) exchanging experiences between patients, and 6) providing support to the sub-district health promotion hospitals by local hospitals. The results of using the system found that diabetic patients had better knowledge about diabetes, overall self-care behaviors, and various aspects (except for risk factor control and disease surveillance), and lower blood sugar levels, and were better than the previous care system in terms of knowledge about diabetes, overall self-care behaviors, and various aspects (except for taking medication), and blood sugar levels, with statistical significance (p-value < 0.05). Furthermore, the developed system resulted in significantly more patients' satisfaction than the previous system (p-value < 0.001).

Phase 2 Development Phase (Expand) 1) Comparison of knowledge about diabetes, blood sugar level of diabetic patients, and self-care behavior before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level, where after the operation, knowledge about diabetes, blood sugar level of diabetic patients, and self-care behavior were better than before the operation 5) Comparison of knowledge about diabetes, blood sugar level of diabetic patients, and self-care behavior after the operation between sub-district health promotion hospitals found no difference

Keywords: Diabetic patient care and health promotion, Subdistrict health promotion hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[1] จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานโลก ปี พ.ศ.2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกทั้งหมด 537 ล้านคน[2] เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย[3] โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี

และทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งการเสียชีวิตมักเกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตวาย[4] ทั้งนี้ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 54.1 ที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษา และมีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน [5]

การป่วยเป็นโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นตา (จอตาเสื่อม) เกิดแผลเบาหวานที่เท้า จากการเสื่อมของระบบประสาทรับความรู้สึกและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจร้ายแรงถึงขั้นตัดเท้า[3] นอกจากนี้ยังทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง ของเสียคั่งในร่างกาย และยังทำให้มีโปรตีนรั่วมากับปัสสาวะ ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 10 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้การมองเห็นลดลง หนึ่งในสามของผู้เป็นเบาหวานจะนำไปสู่ปัญหาเรื่องการมองเห็น โดยเฉพาะในวัยทำงาน และปัญหาที่เกิดกับเท้า เกิดการสูญเสียการปกป้องอันตรายที่เท้าจากประสาทรับความรู้สึกเสียหน้าที่ และประสาทสั่งการเสียหน้าที่ ทำให้เท้าผิดรูป ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้า และถูกตัดนิ้วเท้า เท้า และขาในที่สุด จากสถิติทั่วโลกพบว่าทุก ๆ 30 วินาทีจะมีผู้เป็นเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้า 1 คน[6] ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตจะมีรายจ่ายสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 50 ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีแผลที่เท้าเบาหวาน มีรายจ่ายสูงกว่าผู้ไม่มีแผลที่เท้า 5 เท่า [7] นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.1 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อีกด้วย[8]

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารให้อยู่ในระดับ 90 – 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 [8]เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดขนาดเล็กใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอตาเสื่อมและเกิดตาบอด และการเสื่อมของหน่วยไตและเกิดไตวาย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต[9] กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ได้มาตรฐาน ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิ โดยปรับระบบบริการให้ผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในอำเภอและจังหวัดให้มารับการรักษาที่ รพ.สต.ในโรคที่ไม่ซับซ้อน อยู่ในศักยภาพที่ รพ.สต.ให้การรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เรียกว่า Home Health Care หรือ Home Ward ในการดูแลที่ รพ.สต. โดยทีมสหวิชาชีพ [10] ทั้งนี้ รพ.สต.เป็นหน่วยงานที่กระจายอยู่ทุกตำบล มีหน้าที่ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน

และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ [11]

ในปีงบประมาณ 2542 – 2566 รัฐบาลได้มีนโยบายให้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.) [12] หลังการถ่ายโอนได้มีการประเมินและติดตามผลลัพธ์ในประเด็นของการบริหารจัดการ ระบบบริการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชน พบประเด็นที่เป็นปัญหาเชิงระบบที่ รพ.สต. ส่วนหนึ่งต้องแบกรับและทำให้บุคลากรกว่าร้อยละ 40 ต้องมีการขอย้ายกลับ เนื่องจากความไม่พร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ระบบรองรับต่างๆ ยังไม่ลงตัว มีผลมาจากความแตกต่างของกฎระเบียบ การบริหารเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรของกระทรวงมหาดไทยและสาธารณสุข และแนวทางการปฏิบัติเพื่อการถ่ายโอนภารกิจระดับท้องถิ่นยังขาดความชัดเจน และไม่เอื้อต่อการทำงานสาธารณสุข ภาระงานที่เพิ่มขึ้น สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากรบางกลุ่มไม่ชัดเจน และขาดความมั่นคงทางการเงินในการสนับสนุน รพ.สต. [13] ประชาชนเสียผลประโยชน์จากระบบบริการ มีปัญหาสิทธิการรักษาพยาบาลที่ได้ไม่เท่าเดิม กรณีผู้ป่วยที่ต้องรับยาเป็นประจำไม่สามารถไปรับยาได้ที่ รพ.สต. ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน [14] ระบบการทำงานของ อบจ. มีขั้นตอนการปฏิบัติงานยุ่งยาก ขาดความคล่องตัวในการประสานงานข้ามกระทรวง และหาก รพ.สต. ไม่ตอบสนองนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่นก็จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อการปฏิบัติงาน [15] และ รพ.สต.บางแห่งไม่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เช่น การจัดทำข้อมูลระบบสุขภาพ การควบคุมโรคระบาด ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน [16]

จากมุมมองของ รพ.สต และ อบจ. สะท้อนความกังวลในเชิงบริหาร โดยมีปัญหาการส่งมอบการโอนทรัพย์สิน ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง และวัสดุอุปกรณ์มายัง อบจ. ในบางแห่งยังไม่ได้ดำเนินการ ทำให้ อบจ. ไม่สามารถใช้งบประมาณเพื่อบำรุงซ่อมแซมทรัพย์สิน การขอรับการสนับสนุนบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขมาช่วยราชการใน รพ.สต. เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรยังไม่ได้รับการตอบสนอง [17] รวมถึงระบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการกรณีเกิดอุบัติการณ์ระบาดของโลกในพื้นที่ [18] ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน ปัญหาข้างต้นมีสาเหตุจากความไม่พร้อมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันความเสียหายที่อาจขยายเป็นหมู่กว้างและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงปลอดภัยของระบบบริการปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตของประชาชน [19]

จังหวัดกาญจนบุรี มี รพ.สต. จำนวน 143 แห่ง ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด ซึ่งต้องปฏิบัติภารกิจดูแลสุขภาพประชาชนเหมือนเดิม ภายใต้ระบบบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลในสังกัด ทำให้ รพ.สต.ไม่มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล อาทิ การปรึกษาเมื่อการรักษาพยาบาลมีปัญหา หรือต้องการส่งต่อ กับโรงพยาบาลในพื้นที่ ระบบการจัดการ การรับการสนับสนุน และความร่วมมือบางอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงไป แต่ยังมีผู้ป่วยเหมือนเดิม จึงต้องมีการจัดการและพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิผลที่ดี ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเชื่อมโยงระบบการรักษา และส่งเสริมสุขภาพกับทางโรงพยาบาลและมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก็ยังมีความสับสนการดำเนินการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนาระบบ

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลที่ดี และจะได้พิจารณานำระบบดังกล่าวไปใช้ และขยายผลไปใช้ใน รพ.สต. อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. การเตรียมการ จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย เสนอและขออนุญาตศึกษาวิจัยกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พร้อมกับทำการขอจริยธรรมการวิจัยกับคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จัดเตรียมทีมงานและผู้ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กลุ่มตัวอย่างในการระดมสมองในการค้นหาปัญหา และวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ขั้นดำเนินการ การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ใช้แนวทางของ Dey & Hariharan (2006)[20] ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา โดยการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.กลุ่มตัวอย่างที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี อำเภอละ 1 แห่ง ๆ ละ 2 คน จำนวน 3 อำเภอ รวม 6 คน แพทย์ (1 คน/โรงพยาบาล) และพยาบาลในโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลละ 1 คน จำนวน 3 อำเภอ รวม 6 คน ที่มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือการวิจัยเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการจัดทำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และสามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลได้ ค้นหาประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และจัดทำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของ รพ.สต. ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในพื้นที่

ซึ่งได้กำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องดำเนินการ คือ การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด การรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ ติดตาม ให้กำลังใจผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย ตลอดจนการสนับสนุนของโรงพยาบาลในพื้นที่กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ และศึกษาประสิทธิผลระบบดังกล่าว ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี 1 แห่ง/อำเภอ รวม 3 แห่ง ได้แก่ 1. รพ.สต.บ้านใหม่พัฒนา อำเภอสังขละบุรี 2. รพ.สต.บ้านหลุมรัง อำเภอบ่อพลอย และ 3. รพ.สต.บ้านพระแท่น อำเภอท่ามะกา ซึ่งเป็น รพ.สต.ที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการจำนวนมาก และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีความต้องการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับ Effect size significance 0.45, α error probability 0.05[21] คำนวณด้วยโปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 45 คน/กลุ่ม ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจาก รพ.สต.บ้านใหม่พัฒนา รพ.สต.บ้านหลุมรัง และ รพ.สต.บ้านพระแท่น แห่งละ 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน ต่อ รพ.สต.

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ใช้ระบบหลังจากมีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามนัดหมายในแต่ละเดือน โดยพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุย ซักถามถึงการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในเดือนต่อไป แล้วให้ผู้ป่วยรับยากลับบ้าน และปฏิบัติตามคำแนะนำ

การเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่ รพ.สต. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (2 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่ รพ.สต. มีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งใดครั้งหนึ่ง / ทั้งสองครั้งมากกว่า 130 mg/dl) และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2) เป็นผู้ที่มีโทรศัพท์ หรือเครือข่าย อสม.ในการติดตามดูแลผู้ป่วย 3) ยินดีร่วมมือในการรักษา ตลอดจนอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เกิดโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานในระหว่างการศึกษา 2) ไม่ยินดีร่วมมือในการรักษา หรือไม่สามารถอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

การขยายผลจากระยะที่ 1 ไปศึกษาต่อในพื้นที่อำเภอท่ามะกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (ระบบที่ได้พัฒนาขึ้น และระบบเดิม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของธีรพจน์ ฟักน้อย (2565) [22] ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนสูง และน้ำหนัก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 8 ข้อ (ใช้ถามก่อนการศึกษาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-15 คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดี (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นานๆครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน / ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-81 คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบการรับบริการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก (ใช้ถามหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า Dextrostix : *DTX*) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา (3 เดือน) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) นำแบบประเมินทั้งหมดที่สร้างขึ้นมา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งทรงคุณวุฒิได้มีความเห็นให้ปรับแต่งคำถามบางข้อให้มีความเหมาะสม ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวจะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของ

ผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน = 0.72 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.80 และแบบวัดความพึงพอใจต่อระบบการรับบริการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน = 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Independent t-test, paired simple t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Scheffe

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเกาญจนบุรี พิจารณา และได้ผ่านการรับรองตามหนังสือ EC.NO. 37/2567 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย 1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด 2) ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 3) ให้การรักษาพยาบาลและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ติดตาม ให้กำลังใจผู้ป่วย 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย และ 6) ให้การสนับสนุน รพ.สต. โดยโรงพยาบาลในพื้นที่

2. ประสิทธิผลระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.4 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.2 ในเรื่องอาชีพ พบมากว่า ช่วยเหลืองานในครอบครัว/ว่างงาน และเกษตรกรรม ร้อยละ 31.1 และ 31.1 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 5 – 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.3 และมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (> 25 kg/m^2) ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 ในเรื่องอาชีพ พบว่าช่วยเหลืองานในครอบครัว/ว่างงาน เกษตรกรรม และรับจ้าง ร้อยละ 26.7, 26.7 และ 26.7 ตามลำดับ ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 5 – 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.0 และมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (> 25 kg/m^2) ร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ตัวแปรควบคุมในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม) มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05)

2.2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และในแต่ละด้าน ทุกด้าน และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน (ยกเว้นด้านการรับประทานยา) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

2.3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน (ยกเว้นด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค) มากกว่าก่อนการทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) กลุ่มควบคุม ก่อนกับหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในแต่ละด้าน และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05)

2.4 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่พัฒนา กับระบบเดิม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนามากกว่าระบบเดิม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

เป็นการขยายผลจากระยะที่ 1 ไปศึกษาต่อในพื้นที่อำเภอท่ามะกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 แห่ง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนดำเนินการ ความรู้โดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 57.04 ก่อนดำเนินการ ความรู้โดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 81.01

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

3. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลปกติ ร้อยละ 30.4 ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลปกติ ร้อยละ 52.8

4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

5. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการดำเนินงาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด 2) ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 3) ให้การรักษาพยาบาลและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ติดตาม ให้กำลังใจ 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย และ 6) ให้การสนับสนุน รพ.สต. โดยโรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งเมื่อพิจารณาในตัวระบบ จะพบว่าเป็นระบบที่ช่วยในการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการจัดให้มีกิจกรรมตั้งแต่การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด ซึ่งเป็นการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารการมาตรวจตามนัดของ

ผู้รับบริการ ให้เห็นความสำคัญกับการมาติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของตัวเอง[23] ซึ่งโรคเบาหวานจำเป็นต้องมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษานี้เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือมีโรคแทรกซ้อนหรือไม่ จะได้ให้การดูแลรักษาให้เหมาะสม มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทราบปัญหาที่แท้จริงที่จะช่วยให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้และให้คำแนะนำถึงปัญหาที่ผู้ป่วย และอีกนัยหนึ่งก็เป็นการแสดงถึงการใส่ใจติดตามการดูแลผู้ป่วย เป็นการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจในประเด็นใด สามารถซักถามได้[24] ตามมาด้วยการรักษาพยาบาลและคำแนะนำ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อการเจ็บป่วย นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำหรือไม่ ก็ได้มีการติดตามและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจมีการลังเล ไม่มั่นใจ ไม่มีความอดทน และอาจไม่พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง ซึ่งการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยจะเป็นการช่วยเหลือให้เขาได้ผ่านระยะนี้ไปได้ และก่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างยั่งยืน อีกทั้งเป็นการทราบความก้าวหน้าในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย หากไม่ก้าวหน้าหรือผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติ ก็จะได้รีบให้การดูแลช่วยเหลือให้เหมาะสม อีกทั้งเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก็ได้ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากผู้ที่ทำได้จริง ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน พูดคุยกันก็จะมีความเข้าใจกันถึงจุดสำคัญที่ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อีกสิ่งที่สำคัญของระบบ ก็คือการให้การสนับสนุน รพ.สต. โดยโรงพยาบาลในพื้นที่ อาทิ มีแพทย์เป็นที่ปรึกษาในผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคร่วมต่างๆ ตลอดจนการร่วมกันเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ ไม่ต้องเสียเวลาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในกรรีที่ยังไม่มีความจำเป็นมาก เกิดความมั่นใจในการมารักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ซึ่งหลังจากการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ก็ทำให้ระบบนี้ขาดไป ในการจัดทำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานนี้ ก็จะเป็นการฟื้นกลับมาทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ ทำให้ระบบงานรักษาพยาบาลและสาธารณสุขเกิดความเข้มแข็งขึ้น แม้จะมีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ แล้วให้ผู้ป่วยรับยาและกลับบ้าน มักพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพราะทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมุ่งเน้นแต่การรับประทานยาที่ได้รับเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้เน้นให้มาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

2. เมื่อทำการศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ พบว่าทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี คือ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และดีกว่าการดูแลรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ เป็นเพราะระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ให้ความรู้ คำแนะนำ และเน้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง อย่างสม่ำเสมอและจริงจัง โดย

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ให้คำแนะนำจากปัญหาที่มีอยู่จริงของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจ โดยเฉพาะในระยะแรกของการใช้ระบบ แสดงถึงความจริงจังความใส่ใจ และเสริมพลังให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และหากผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ดีขึ้น เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ก็จะค้นหาสาเหตุและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการสนับสนุนในการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ที่โรงพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดความมั่นใจทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และผู้ป่วย ก่อให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นและดีมากกว่าระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพจน์ ฟักน้อย (2565)[22] ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน คือ มีการแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัดรักษาพยาบาลและให้ความรู้ ติดตามและให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้การสนับสนุนของโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และด้านต่างๆ ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และดีกว่าการดูแลแบบเดิม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วฤณดา ฝั่งสินธ์ (2567)[25]; จิรวัฒน์ บุญรักษ์ (2565)[26]; พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์ (2565)[27]; ชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล (2563)[28] ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานการที่มีการติดตามให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ให้ยา และมีการติดตามทางโทรศัพท์/ Line application ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความ พึงพอใจต่อระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนา มากกว่าระบบเดิม เพราะโปรแกรมได้จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจสาเหตุ มีการให้คำแนะนำแก้ไขถึงสาเหตุที่มีปัญหา มีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีการสนับสนุนจากแพทย์จากโรงพยาบาลในพื้นที่ แตกต่างจากการดูแลแบบเดิม ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนานี้ มากกว่าแบบเดิม ซึ่งมีเพียงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปกติที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ได้แก่ การตรวจรักษา การให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้ยา และการนัดหมายให้มาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพจน์ ฟักน้อย (2565)[22] พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่าแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เมื่อการขยายผลจากระยะที่ 1 ไปศึกษาต่อในพื้นที่อำเภอท่ามะกา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 แห่ง พบว่า ก่อนดำเนินการ ความรู้โดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 57.04 ก่อนดำเนินการ ความรู้โดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 81.01 พฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลปกติ ร้อยละ 30.4 ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลปกติ ร้อยละ 52.8 นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการดำเนินงาน ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ ได้จริงไม่เกิดความเหลื่อมล้ำ สอดคล้องกันกับการศึกษาของธีรพจน์ ฟักน้อย (2565)[22] พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ การติดตามและให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสนับสนุนของโรงพยาบาลเครือข่าย ผลการใช้ระบบที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และด้านต่างๆ (ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด) ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และดีกว่าการดูแลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งนี้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.0 มีความพึงพอใจมาก และมากกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์ (2565)[27] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ (FBS = 90 - 130 mg / dl) ได้ร้อยละ 35.0 และเมื่อเปรียบเทียบการใช้รูปแบบที่พัฒนา กับการใช้รูปแบบเดิม หลังการทดลอง พบว่า การใช้รูปแบบที่พัฒนาทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการใช้รูปแบบเดิม และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ทั้งนี้ ผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนามีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 95.0

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ควรพิจารณาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนา และกำหนดเป็นนโยบายให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะเกิดประสิทธิผลที่ดี เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และนำเสนอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่าง ๆ พิจารณานำไปใช้กับ รพ.สต.ในสังกัดต่อไป

2. เพื่อให้การดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานดำเนินการไปได้ด้วยดี มีแพทย์เป็นที่ปรึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ควรให้โรงพยาบาลในแต่ละอำเภอ จัดให้มีแพทย์เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลรักษาพยาบาลโรคเบาหวาน และโรคอื่น ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่ถ่านโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จนกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดฯ จะมีแพทย์เป็นพี่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. แต่ละ รพ.สต. ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ดำเนินการตามระบบและกิจกรรม ของระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนา

2. ในการจัดการเพื่อนำระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาไปใช้ ควรมีการดำเนินการดังนี้

2.1 ควรต้องมีการฝึกทักษะเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในการสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเชิงลึก พร้อมทั้งมีการบันทึกประเด็นสำคัญที่พูดคุย เพื่อจะได้รู้ เข้าใจปัญหาของ

ผู้ป่วย และนำมาให้แนวทางในการให้คำแนะนำส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุดกับปัญหาที่มี

2.2 กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อาทิ ผู้รับผิดชอบในการติดตาม ให้ความรู้ ซักถาม และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารที่เหมาะสม

2.3 โรงพยาบาลในแต่ละอำเภอ กำหนดให้มีแพทย์เป็นที่ปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงในการรักษาพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในแต่ละ รพ.สต และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

3. ในการดำเนินการมีกิจกรรมที่ควรต้องให้ความสำคัญ คือ

3.1 จัดให้มีการแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด การติดตาม และการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์หรือทางระบบ Line application หรือแจ้งไปยังผู้ป่วย หรือญาติ หรือ อสม.ให้ติดตาม (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์) อย่างต่อเนื่อง

3.2 ในการให้ความรู้ และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เน้นในเรื่องที่เป็นปัญหา และควรได้ให้ญาติ/ผู้ดูแลได้รับทราบและช่วยดูแลให้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3.3 ในกรณีที่ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาแล้ว ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ดีขึ้น เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ผู้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จะต้องพูดคุยหาสาเหตุหรือทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ ให้การดูแลเป็นกรณีพิเศษและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างแท้จริง และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป

3.4 ติดตาม และกำลังใจผู้ป่วย และญาติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งพิจารณารูปแบบ / วิธีการให้เกิดความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน

2. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเข้มงวด (DM remission) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

3. ควรศึกษาประสิทธิผลระบบส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยการประยุกต์ใช้ระบบในลักษณะดังกล่าวที่ รพ.สต. ในโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ฯ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
2. International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas. [Internet]. [Retrieved December 1, 2024]. Available from : https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/
3. สมศักดิ์ เทพสุทิน. (2567). รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้านคน ย้ำ! นับ Carb ลดเสี่ยงเอ็นซีดี. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233 (สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2568)
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.

5. วรรณี นิธิยานันท์. (2563). ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่อง แตะ 4.8 ล้านคน ชี้ 'เนื่อยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก' ต้นเหตุ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https: //www.hfocus.org/content/2019/11/18014
6. International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes atlas (8th ed.). [Internet]. [Retrieved March 2, 2025]. Available from : http://www.diabetesatlas.org/ resources/2015
7. สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง ขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(2): 74-84.
8. American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care, 30: S4-40.
9. สุปวีณ์ ธนอัศวนนท์, เอกชัย คำลือ, ธาราทิพย์ อุทัศน์, พร้อมพันธ์ คุ้มเนตร, วัชรี ผลมาก. (2559). เหตุผลการผิดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19(2): 85-95.
10. Srinivasan, A. V. (2014). Managing a modern hospital. New Delhi: A Division of Sage India.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดปี 2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
12. ปรีดา แต้อารักษ์. (2566). วิจัยระบบสุขภาพท้องถิ่นกับการบริการปฐมภูมิที่ตองโจทย์ประชาชน. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https://www.national health.or.th/th/node/4741
13. รุ่งเรือง กิจผาติ. (2566). สธ.เผยบุคลากร รพ.สต. ถ่ายโอนไป อบจ. กว่า 40% ขอย้ายกลับ เหตุไม่มีความพร้อมดำเนินการ ทำงานติดขัด ประชาชนได้รับผลกระทบ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr /print/2/04/184973/
14. ผู้จัดการออนไลน์. (2566). อนุ ก.ก.ถ. รับลูก สธ. ตั้งคณะทำงานทบทวน 5 อุปสรรค ภารกิจถ่ายโอน สอน.- รพ.สต. ไป อบจ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https:// mgronline.com./politics/9660000062903
15. ริชกี สาร๊ะ. (2565). เปิดมุมมอง: ข้อดี ข้อเสียถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.สู่ท้องถิ่น ภาพสะท้อนการดูแลบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https://www.hfocus.org/content/2021/10/23471
16. เจตน์ ศิรธรานนท์. (2566). โอน รพ.สต. ไป อบจ. หลังพบหลายแห่งไม่พร้อมทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https:// prachatai.com/journal/2023/12/107361
17. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย. (2566). สมาคม อบจ.ฯ ร้องเศรษฐา แก้ 4 ปมปัญหาถ่ายโอน รพ.สต. หลังกระทบต่อการให้บริการ ปชช. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https://www.thecoverage.info/news/content/5499
18. จรวยพร ศรีศศลักษณ์. (2565). สวรส.วิจัยติดตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. แหล่งข้อมูล : https: //www. thairath.co.th/news/local/2447766
19. ประสิทธิ์ มีแก้ว, ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และสุพจน์ จิตสงวนสุข (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39(1): 263-273.
20. Dey, K. P., & Hariharan, S. (2006). Integrated approach to healthcare Quality management : A case study. The TQM Magazine, 18(6): 583-605.
21. Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate.
22. ธีรพจน์ ฟักน้อย. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 13(2): 27-46.

23. ประภัสสร ภูทางนา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล : https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/dbresearch-hpc10/download?id=109961&mid=37940&mkey=m_document&lang=th&did=37866
24. Beckie T. A (1989). supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung, 18: 46-55.
25. วฤณดา ฝั่งสินธ์. (2567). ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลปราณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม, 8(8): 45-58.
26. จิรวัฒน์ บุญรักษ์. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพื้นที่เกาะ. Singburi Hospital Journal, 31(3): 19-35.
27. พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลพุนพินและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเครือข่าย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 37(1): 29-45.
28. ชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสีดา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(35): 314-329.

ความหลากหลายของพรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่นในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

Plants Diversity and Local Wisdom in Si Thep Historical Park Si Thep District Petchabun Province.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

สุนทรี จีนธรรม[1] จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท[2] พรนภา เตียสุธิกุล[1] พัชรี ประสังริโย[2] รัชนีวรรณ จีนธรรม[2]
Soontaree Cheentam[1] Jeeraputr Attisilwet[2], Pornnapa Tiasutikun[1] Patcharee Prasangriyo[2] Rachaneewan Cheeentam[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหลากหลายของพรรณพืช ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชและ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของพรรณพืช ในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ระยะที่ 2 สำรวจความหลากหลายและภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ และจัดทำฐานข้อมูลความหลากหลายของพรรณพืช

ผลการวิจัย จากการศึกษาความหลากหลายของพรรณพืช ในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ พบว่า พรรณพืชที่สำรวจพบมีจำนวน 129 ชนิด แบ่งเป็นไม้ต้น จำนวน 65 ชนิด ไม้พุ่ม จำนวน 24 ชนิด ไม้เลื้อย จำนวน 14 ชนิด ไม้ล้มลุก จำนวน 14 ชนิด ไม้น้ำ จำนวน 6 ชนิด และหญ้า จำนวน 6 ชนิด จากการศึกษาภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืช พบว่า มีการนำพรรณพืชไปใช้ประโยชน์ด้านอาหาร ได้แก่ แคป่า ขี้เหล็ก ผักกูด ไผ่ ด้านสมุนไพร ได้แก่ ฝาง รางแดง เปล้าใหญ่ และด้านการใช้สอย ได้แก่ พฤกษ์ ประดู่ พะยอม มะหาด สามารถจัดระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของพรรณพืชได้จำนวน 129 ชนิด

คำสำคัญ: ความหลากหลายของพรรณพืช, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

Abstract

This survey research aims to study plant diversity, local wisdom of utilizing plants, organizing of plant diversity database system, in Si Thep Historical Park, Si Thep District, Petchabun Province. Method of the research had four phases as follows: phase 1 was to study context of Si Thep Historical Park, phase 2 was to survey plant diversity and wisdom of utilizing plants in Si Thep Historical Park and enter plant diversity data into database, research results by training activities. The study results of plant diversity in Si Thep Historical Park indicate that there exist 129 species comprising 65 species of trees, 24 species of shrubs, 14 species of climbers, 14 species of herbaceous stems, 6 species of aquatic plants and 6 species of grass.

The study on wisdom of utilizing of plants reveals that plants are used as food: Kaepa, Kheelek (Cassia Tree), Pakgood (Vegetable fern) and bamboos, as herbal plants: Fang (sappanwood), Rang Deang (Ventilago denticulata Willd) and Plao Yai (Croton oblongifolius Roxb), as general utilities: Preuk (Albizia lebbeck Benth), Padauk, Payom (Shorea) and Lakoocha. Those plants were organized as 129 species of plant diversity database system.

Keywords: Plants Diversity, Local Wisdom

---

[1] อาจารย์วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[2] นักวิจัยอิสระ

บทนำ

ความหลากหลายทางชีวภาพนับเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่มีความสำคัญ มีคุณค่ามากเกินกว่าจะประเมินได้ ทรัพยากรธรรมชาติมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้คนในอดีตได้รับประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความหลากหลายของพรรณไม้ เช่น การนำมาเป็นอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ตลอดจนนำมาประยุกต์เป็นศิลปวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามของท้องถิ่นที่สืบสานกันมายาวนานในรูปลักษณ์ของภูมิปัญญาท้องถิ่นและปราชญ์ชาวบ้าน นอกจากนี้ยังช่วยทำให้โลกมีบรรยากาศ ดิน น้ำ อุณหภูมิและความชื้นอย่างสมดุล ความหลากหลายทางชีวภาพของสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ ในประเทศไทย มีทั้งทางบกและทางน้ำ มีพันธุ์ไม้ที่ศึกษาแล้ว ประมาณ 20,000 ชนิด และพันธุ์สัตว์ประมาณ 12,000 ชนิด และมีสิ่งมีชีวิตถึง 100,000 ชนิด ที่ยังไม่ได้การศึกษาอย่างจริงจัง ซึ่งอาจมีจำนวนมากที่มีคุณค่าและสามารถนำมาพัฒนาเป็นอาหาร ยา หรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษย์ (วิสุทธิ์ ใบไม้, 2553) ความหลากหลายของพรรณพืชที่อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ในอดีตมีพรรณไม้ที่หลากหลายขึ้นอยู่หนาแน่นเป็นป่าสมบูรณ์ และได้ลดปริมาณและจำนวนชนิดลงไปเรื่อย ๆ เนื่องจากมีการใช้ที่ดินในการก่อสร้างทำถนน ที่อยู่อาศัย และทำการเกษตร พรรณพืชที่เหลืออยู่ส่วนใหญ่มีทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และที่ชุมชนปลูกและอนุรักษ์ไว้ในแต่ละตำบล รวมถึงที่อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ซึ่งยังคงมีความหลากหลายทางชีวภาพทั้งไม้ต้น ไม้พุ่ม ไม้ล้มลุก จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพมากกว่า 100 ชนิด[1]

อุทยานประวัติศาสตร์ จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยกรมศิลปากร กระทรวงวัฒนธรรม ชื่อ“ศรีเทพ” เรียกตามพระวินิจฉัยสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ พระบิดาแห่งวิชาประวัติศาสตร์และโบราณคดีไทยที่ทรงสันนิษฐานไว้ในคราวเสด็จตรวจราชการมณฑลเพชรบูรณ์เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2447 เมืองโบราณศรีเทพมีลักษณะเป็นเมืองที่มีคูน้ำคันดินล้อมรอบแบบเมืองในวัฒนธรรมทวารวดี ที่ยังสามารถรักษารูปแบบแต่เดิมไว้ได้อย่างสมบูรณ์มากที่สุดโดยไม่ถูกเปลี่ยนแปลงแห่งหนึ่งของประเทศไทย อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพแบ่งเป็นสองส่วน คือ เมืองในและเมืองนอก ซึ่งนับว่าเป็นลักษณะพิเศษเฉพาะที่พบไม่มากนักในเมืองร่วมสมัยเดียวกันที่พบในปัจจุบัน มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 2,889 ไร่ หรือประมาณ 4.7 ตารางกิโลเมตร โดยส่วนแรกเมืองในหรือเมืองส่วนในมีพื้นที่ประมาณ 1,300 ไร่ ลักษณะเป็นรูปเกือบกลมที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 กิโลเมตร มีช่องประตูเมือง 6 ช่องทาง และมีโบราณสถานซึ่งได้รับการขุดแต่งและบูรณะแล้วทั้งหมดประมาณ 40 แห่ง โดยมีโบราณสถานเขาคลังในโบราณสถานปรางค์สองพี่น้อง และโบราณสถานปรางค์ศรีเทพเป็นกลุ่มโบราณสถานสำคัญ อีกทั้งมีสระน้ำและหนองน้ำน้อยใหญ่กระจัดกระจายอยู่ทั่วไปประมาณ 70 สระ ส่วนที่สองเมืองนอกหรือเมืองส่วนนอกมีพื้นที่ประมาณ 1,589 ไร่ เป็นเมืองรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าต่อออกไปทางด้านทิศตะวันออกของเมืองใน มีช่องประตูเมือง 6 ช่องทาง และมีโบราณสถานซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดเล็กและยังไม่ได้มีการขุดแต่งและบูรณะรวมทั้งหมดประมาณ 54 แห่ง มีสระน้ำขนาดน้อยใหญ่กระจัดกระจายอยู่ทั่วไปประมาณ 30 แห่ง มีสระขวัญเป็นสระน้ำสำคัญที่มีขนาดใหญ่และตั้งอยู่กลางเมือง ออกจากนอกเมืองโบราณศรีเทพออกไปทางทิศเหนือยังมีโบราณสถานกระจัดกระจายอยู่อีกราว 50 แห่ง โดยได้รับการขุดแต่งและบูรณะแล้ว 2 แห่ง คือ โบราณสถานเขาคลังนอกและโบราณสถานปรางค์ฤาษี โบราณสถานเขาคลังนอกเป็นสถาปัตยกรรมเนื่องในวัฒนธรรมทวารวดีเช่นเดียวกันกับโบราณสถานเขาคลังในโบราณสถานปรางค์ฤาษีเป็นสถาปัตยกรรมเนื่องในวัฒนธรรมเขมรเช่นเดียวกันกับโบราณสถานปรางค์สองพี่น้องและโบราณสถานปรางค์ศรีเทพ[2]

เมืองโบราณศรีเทพ หรืออุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ตั้งอยู่ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกโดยองค์การยูเนสโกเมื่อ เมื่อวันที่ 19กันยายน 2566 ที่ประชุมคณะกรรมการมรดกโลก (World Heritage Committee) สมัยสามัญ ภายในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองมรดกโลกทางวัฒนธรรมและทางธรรมชาติ ค.ศ. 19762 (Convention Concerning the Protection of the World Cultural and Natural Heritage หรืออนุสัญญาคุ้มครองมรดกโลก) ขององค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือยูเนสโก (UNESCO) เมืองโบราณศรีเทพเป็นมรดกโลกลำดับที่ 7 ของไทย และเป็นมรดกโลกทางวัฒนธรรมแห่งที่ 4 ของประเทศต่อจากสุโขทัย พระนครศรีอยุธยา และบ้านเชียง ได้รับการยอมรับว่าเป็นแหล่งมรดกที่สะท้อนถึงการพัฒนาสังคมและการเชื่อมโยงวัฒนธรรมในยุคแรกของอารยธรรมมนุษย์ เป็นหลักฐานสำคัญที่ช่วยศึกษาความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาคลุ่มน้ำโขงกับพื้นที่ใกล้เคียงในอดีต การขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกช่วยส่งเสริมการอนุรักษ์แหล่งโบราณสถานและสร้างความตระหนักในระดับสากลถึงความสำคัญของประวัติศาสตร์ไทย ประกอบด้วย ประการแรก คุณค่า (Value) ได้แก่ คุณค่าทางวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์และศิลปกรรม รวมทั้งความเชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์มนุษยชาติ ประการที่สอง ความสมบูรณ์ (Integrity) ได้แก่ พื้นที่ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำลายลักษณะดั้งเดิม และมีการอนุรักษ์แหล่งโบราณสถานและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ประการที่สาม ความแท้จริง (Authenticity) โบราณสถานและวัตถุโบราณคงไว้ซึ่งลักษณะดั้งเดิมและหลักฐานทางโบราณคดีต้องสนับสนุนความสำคัญของพื้นที่ ประการที่สี่ การจัดการและปกป้อง (Management and Protection) ได้แก่ มี มาตรการในการอนุรักษ์ที่ชัดเจน และการบริหารจัดการต้องตอบสนองต่อความต้องการในปัจจุบันและอนาคต UNESCO World Heritage Centre[3]

จากการสำรวจพรรณไม้ในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพเบื้องต้น พบว่า มีพรรณไม้พื้นเมืองไทยที่ขึ้นอยู่ทั่วไปในบริเวณโดยรอบอุทยานฯ เช่น ประดู่ ไผ่ มะขามป้อม ข่อย บัว และที่บริเวณเขาคลังนอก ยังมีพรรณไม้ป่าธรรมชาติเป็นจำนวนมาก แต่ยังขาดการศึกษาสำรวจ รวบรวม และยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลพรรณไม้ ตลอดจนขาดสื่อและเอกสารเผยแพร่ความรู้ จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการจัดทำโครงการวิจัยการอนุรักษ์ความหลากหลายของพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการอนุรักษ์พรรณพืชและสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากพรรณพืช ตลอดจนได้ฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของชนิดพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหลากหลายของพรรณพืชในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชของชุมชนตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของชนิดพรรณพืชในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และบริเวณอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ซึ่งใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นตัวนำและใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นตัวยืนยัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการวิจัยโดยสำรวจความหลากหลายของพรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบสำรวจ ถ่ายภาพ พืชสมุนไพร สัมภาษณ์นักวิชาการ ปราชญ์ท้องถิ่น และหมอพื้นบ้าน สรุปผลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 6,445 คน โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้นำชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเทพ และสมาชิก ครู พระสงฆ์ นักวิชาการอุทยานประวัติศาสตร์ ปราชญ์ท้องถิ่น หมอพื้นบ้าน และกลุ่มประชาสังคมต่าง ๆ โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์ ในประเด็นบริบทชุมชนและภูมิปัญญาด้านความหลากหลายของ พรรณพืช 2) แบบสำรวจความหลากหลายของพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และ 3) แบบสัมภาษณ์ในประเด็นภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาบริบท โดยสำรวจพื้นที่ทางกายภาพ ชีวภาพ สังคม และวัฒนธรรม ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสังเกต การสัมภาษณ์นักวิชาการที่อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ปราชญ์ท้องถิ่น และการชี้แจงขอความร่วมมือกับนักวิชาการของอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ

2) สำรวจความหลากหลายของพรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ โดยใช้แบบสำรวจ ถ่ายภาพ และสัมภาษณ์ปราชญ์ท้องถิ่นและหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ของพรรณพืช เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเดินสำรวจพรรณพืชตามเส้นทางเดินในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ 3 แห่ง ได้แก่ โซน A บริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ โซน B บริเวณเขาคลังนอก และโซน C บริเวณปรางค์ฤาษี ซึ่งนักวิจัยและหมอพื้นบ้านร่วมกันสำรวจแล้วบันทึกข้อมูล และถ่ายภาพ ต้น ใบ ดอก และผลของพรรณไม้

3) จัดทำระบบฐานข้อมูลความหลากหลายของพรรณพืช ในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพรรณไม้ การสัมภาษณ์ปราชญ์ท้องถิ่น การตรวจเอกสาร และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาจัดทำระบบฐานข้อมูลความหลากหลายของพรรณพืชในหัวข้อตามแบบสำรวจที่นักวิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและการสัมภาษณ์มาจัดระเบียบข้อมูล โดยจำแนกตามประเด็นการศึกษาให้ครบทุกองค์ประกอบที่ศึกษา โดยแยกแต่ละกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมาตรวจสอบผลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาในการเก็บข้อมูลในภาคสนาม ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) ซึ่งเป็นวิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น และแก้ไขปรับปรุงข้อมูล หลังจากนั้นปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาความหลากหลายของพรรณพืชในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พรรณพืชที่สำรวจพบมีจำนวน 129 ชนิด แบ่งเป็นไม้ต้น จำนวน 65 ชนิด ไม้พุ่ม จำนวน 24 ชนิด ไม้เลื้อย จำนวน 14 ชนิด ไม้ล้มลุก จำนวน 14 ชนิด ไม้น้ำ จำนวน 6 ชนิด และหญ้า จำนวน 5 ชนิด หากจำแนกตามบริเวณที่พบชนิดของพรรณพืชที่พบมากที่สุดคือ บริเวณปรางค์ฤาษี (C) จำนวน 63 ชนิด รองลงมาคือ บริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ (A) จำนวน 53 ชนิดและพบน้อยที่สุดคือ บริเวณเขาคลังนอก (B) จำนวน 47 ชนิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ จำนวน 129 ชนิด จำแนกตามลักษณะพืชและบริเวณที่พบ

ลำดับที่	ลักษณะพืช	บริเวณที่พบ			ลำดับที่	ลักษณะพืช	บริเวณที่พบ		
		A	B	C			A	B	C
	ไม้ต้น 65 ชนิด				38	พญาเสือโคร่ง		/	
1	กรรณิการ์ป่า	/			39	พฤกษ์			/
2	กระแจะ	/			40	พลับพลา		/	
3	กระเบียน	/			41	พอก			/
4	กะตังใบ	/			42	พะยอม			/
5	ก้ามปู	/			43	โพธิ์	/	/	/
6	กำจาย	/			44	มะกอก	/	/	/
7	กุ่มบก	/			45	มะกัก	/		
8	กันเกรา	/			46	มะเกลือ	/		
9	ข่อย	/			47	มะกา	/		
10	ขันทองพยาบาท		/		48	มะกล่ำบ้าน			/
11	ขี้เหล็ก	/	/	/	49	มะขามแก่นดำ		/	
12	ไข่เน่า	/			50	มะขามป้อม	/	/	
13	คอแลน		/		51	มะขามเปรี้ยว	/		
14	แคป่า		/	/	52	มะคอม			/
15	จิ้ว	/	/	/	53	มะค่าแต้		/	
16	จิ้วหนาม	/	/	/	54	มะดูกใหญ่	/		
17	ฉนวน			/	55	มะเดื่อ			/
18	ช้างน้าว			/	56	มะนาวป่า			/
19	ซาก			/	57	มะพลับ			/
20	ต้นเกตุ			/	58	มะไฟป่า			/
21	ตะโก	/			59	มะหาด		/	
22	ตะขบป่า			/	60	โมกหลวง	/		
23	ตะคร้อ	/	/	/	61	ส้มเกลี้ยง		/	
24	ตะคร้อหนาม			/	62	สะเดา	/	/	/
25	ตะคร้อป่า		/		63	สุพรรณิการ์			
26	ตะเคียนหนู		/		64	เสี้ยว	/		
27	ตะแบก		/		65	หว้า	/	/	/
28	ตะแบกเลือด		/						
29	ตาลเสี้ยน			/					
30	ติ้วแดง		/						
31	ประดู่	/	/	/					
32	ทองกวาว		/						
33	ปีบ	/							
34	ไผ่	/							
35	ไผ่ป่า	/							
36	ไผ่ร้อยข้อ			/					
37	ฝาง		/						
	ไม้พุ่ม 24 ชนิด				99	ส้มป่อย	/	/	
66	กาบหอยแครง			/	100	ไส้ตัน			/
67	แก้ว	/			101	อุ่นป่า			/
68	ขาไก่ดำ			/	102	อบเชยเถา			/

ตารางที่ 1 พรรณพืชในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ จำนวน 129 ชนิด จำแนกตามลักษณะพืชและบริเวณที่พบ

ลำดับที่	ลักษณะพืช	บริเวณที่พบ			ลำดับที่	ลักษณะพืช	บริเวณที่พบ		
		A	B	C			A	B	C
69	เจตพังคี			/	103	อ้อยสามสวน			/
70	ชิงชี่		/			**ไม้ล้มลุก 14 ชนิด**			
71	ชุมเห็ดเทศ		/	/	104	เจตมูลเพลิงขาว			/
72	ชุมเห็ดไทย			/	105	โดไม่รู้ล้ม			/
73	ปอกะบิด			/	106	นางคำ		/	
74	เปล้าใหญ่	/			107	เปราะป่า			/
75	เปล้าน้อย	/			108	ผักกูด	/		
76	โปร่งฟ้า			/	109	ไผ่เพ็ก			/
77	พญาไร้ใบ		/		110	พญายอ			/
78	มะเขือพวง			/	111	ฟ้าทะลายโจร			/
79	โมกมัน		/		112	ไมยราบ	/	/	/
80	ลำโพง		/	/	113	ว่านช้อนทอง		/	
81	ส้มโก่ย		/		114	สะเดาดิน			/
82	โลดทะนงแดง			/	115	น้ำนมราชสีห์	/		
83	หางกระรอก			/	116	หนามกระสุน		/	
84	หนามแท่ง		/		117	ลูกใต้ใบ		/	
85	หญ้าหนวดแมว			/		**ไม้น้ำ 6 ชนิด**			
86	หนุมานประสานกาย			/	118	ตาลปัตรฤาษี	/		
87	หนุมานนั่งแท่น		/		119	บัวหลวง	/		
88	หมี่เหม็น		/		120	บัวสาย	/		
89	อ้อยช้าง			/	121	ผักบุ้ง	/		
	ไม้เลื้อย 14 ชนิด				122	ผักแว่น	/		
90	กำแพงเจ็ดชั้น	/			123	ผำ	/		
91	ขมิ้นเครือ		/			**หญ้า 6 ชนิด**			
92	เถาวัลย์เปรียง			/	124	หญ้าคมบาง	/		/
93	ผ้าอ้อม	/			125	หญ้าตีนนก	/		/
94	พลูช้าง			/	126	หญ้าปากควาย	/	/	/
95	เพชรสังฆาต			/	127	หญ้าแห้วหมู	/	/	/
96	มะแว้งเครือ		/	/	128	หญ้าคา	/		/
97	ย่านาง	/	/	/	129	หญ้าแพรก	/		
98	รางแดง		/						

หมายเหตุ; A คือ อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ B คือ เขาคลังนอก C คือ ปรางค์ฤาษี

2. ผลการศึกษาภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชของชุมชนตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พรรณพืชที่นำไปใช้ประโยชน์ด้านอาหาร มีจำนวน 37 ชนิด หากจำแนกตามส่วนของพืชที่นำมาประกอบอาหาร พบว่า ส่วนของผลมากที่สุด 17 ชนิด รองลงมาคือ ยอด 12 ชนิด ดอก 7 ชนิด ใบ 5 ชนิด ลำต้นและอื่น ๆ 3 ชนิด และน้อยที่สุดคือ เมล็ด 1 ชนิด ตามลำดับ (ตารางที่ 2) พรรณพืชที่นำไปใช้ประโยชน์ด้านสมุนไพร มีจำนวน 124 ชนิด หากจำแนกตามส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา พบว่า ส่วนที่เป็นลำต้น/เปลือกมากที่สุด 81 ชนิด รองลงมาคือ ราก/หัว/เหง้า 63 ชนิด ใบ/ยอด 62 ชนิด ผล/เมล็ด 55 ชนิด ดอก 24 ชนิด และน้อยที่สุดคือ ทุกส่วน 44 ชนิด ตามลำดับ

(ตารางที่ 3) และพรรณพืชที่นำไปใช้ประโยชน์ด้านการใช้สอย มีจำนวน 64 ชนิด หากจำแนกตามประเภทของการใช้สอย พบว่า ไม้ใช้สอย มากที่สุด 55 ชนิด รองลงมาคือ ไม้เชื้อเพลิง 33 ชนิด ไม้สร้างบ้าน 21 ชนิด และน้อยที่สุดคือ อื่น ๆ 8 ชนิด ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านอาหาร

ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาประกอบอาหาร								ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาประกอบอาหาร							
		1	2	3	4	5	6	7	8			1	2	3	4	5	6	7	8
1	กุ่มบก		/							20	มะไฟป่า	/							
2	ขี้เหล็ก		/	/		/				21	มะหาด	/							
3	ไข่เน่า	/								22	ส้มเกลี้ยง	/							
4	คอแลน	/								23	สะเดา		/	/					
5	แคป่า			/						24	มะเขือพวง	/							
6	งิ้ว			/						25	มะแว้งเครือ	/							
7	งิ้วหนาม			/						26	ย่านาง					/			
8	ตะขบป่า	/								27	ส้มป่อย		/						
9	ตะคร้อ	/								28	องุ่นป่า	/							
10	ไผ่								/	29	เปราะป่า			/		/			
11	ไผ่ป่า								/	30	ผักกูด		/						
12	พฤกษ์		/							31	สะเดาดิน		/			/			
13	พฤกษ์		/							32	ตาลปัตรฤาษี		/				/		
14	มะกอก	/	/							33	บัวหลวง			/	/				/
15	มะขามป้อม	/								34	บัวสาย						/		
16	มะขามเปรี้ยว	/	/							35	ผักบุ้ง		/			/			
17	มะเดื่อ	/								36	ผักแว่น		/						
18	มะนาวป่า	/								37	ผำ						/		
19	มะพลับ	/																	

หมายเหตุ; 1 = ผล 2 = ยอด 3 = ดอก 4 = เมล็ด
5 = ใบ 6 = ลำต้น 7 = ฝัก 8 = อื่น ๆ

ตารางที่ 3 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านสมุนไพร

ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา						ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา					
		1	2	3	4	5	6			1	2	3	4	5	6
1	กรรณิการ์ป่า	/	/	/				63	ฝาง				/		
2	กระแจะ	/			/	/		64	พญาเสือโคร่ง				/		
3	กระเบียน	/	/	/		/		65	พฤกษ์		/		/	/	
4	กะตังใบ	/					/	66	พลับพลา				/	/	
5	ก้ามปู		/		/	/		67	พอก				/		
6	กำจาย	/				/	/	68	พะยอม			/	/		
7	กุ่มบก	/	/	/	/	/		69	โพธิ์	/	/		/	/	
8	กันเกรา		/		/	/		70	มะกอก	/	/		/	/	
9	ข่อย	/	/		/	/		71	มะเกลือ	/	/		/	/	/
10	ขันทองพยาบาท	/			/			72	มะกา	/	/		/	/	/
11	ขี้เหล็ก	/	/	/	/		/	73	มะกล่ำบ้าน	/	/		/	/	

ตารางที่ 3 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านสมุนไพร

ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา						ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา					
		1	2	3	4	5	6			1	2	3	4	5	6
12	ไข่เน่า				/	/		74	มะขามแก่นดำ		/			/	
13	คอแลน				/	/		75	มะขามป้อม				/	/	
14	แคป่า	/	/	/	/	/		76	มะขามเปรี้ยว				/	/	
15	งิ้ว	/	/	/	/	/		77	มะคอม				/	/	
16	งิ้วหนาม	/		/	/	/		78	มะค่าแต้				/	/	
17	ฉนวน		/					79	มะดูกใหญ่	/			/		
18	ช้างน้าว	/	/	/	/	/		80	มะเดื่อ					/	
19	ซาก				/			81	มะนาวป่า		/			/	
20	ต้นเกตุ	/		/	/	/		82	มะพลับ				/	/	
21	ตะโก	/			/	/		83	มะไฟป่า	/	/		/	/	
22	ตะขบป่า	/		/		/		84	มะหาด	/	/		/		
23	ตะคร้อ	/	/		/	/	/	85	โมกหลวง	/	/		/	/	
24	ตะคร้อหนาม	/	/		/	/	/	86	ส้มเกลี้ยง		/	/	/	/	
25	ตะคร้อป่า	/	/		/	/	/	87	สะเดา	/	/	/	/	/	
26	ตะแบก				/			88	สุพรรณิการ์		/	/			
27	ตะแบกเลือด				/			89	เสี้ยว		/		/		
28	ตาลเสี้ยน				/			90	หว้า		/		/	/	
29	ติ้วแดง	/	/		/			91	กาบหอยแครง	/	/	/			
30	ประดู่	/	/		/	/		92	แก้ว		/				
31	ทองกวาว	/	/	/		/		93	ขาไก่ดำ				/		
32	ปีบ	/	/	/				94	เจตพังคี	/					
33	ไผ่	/	/	/				95	ชิงชี่	/					
34	ไผ่ป่า	/	/					96	ชุมเห็ดเทศ		/	/		/	
35	ไผ่ร้อยข้อ	/	/					97	ชุมเห็ดไทย		/	/		/	
36	ปอกะบิด	/			/	/		98	องุ่นป่า	/				/	
37	เปล้าใหญ่		/					99	อบเชยเถา				/		
38	เปล้าน้อย		/					100	อ้อยสามสวน				/		
39	โปร่งฟ้า		/					101	เจตมูลเพลิงขาว	/					
40	พญาไร้ใบ	/						102	โด่ไม่รู้ล้ม		/				
41	มะเขือพวง	/	/		/	/		103	นางคำ	/					
42	โมกมัน	/	/	/	/	/		104	เปราะป่า	/					
43	ลำโพง		/	/	/	/		105	ผักกูด		/				
44	ส้มโก่ย				/			106	พญายอ		/				
45	โลดทะนงแดง	/						107	ฟ้าทะลายโจร		/		/		
46	หางกระรอก	/						108	ไมยราบ	/			/		
47	หนามแท่ง					/	/	109	สะเดาดิน		/				/
48	หญ้าหนวดแมว		/		/			110	น้ำนมราชสีห์				/		/
49	หนุมานประสานกาย		/		/			111	หนามกระสุน	/				/	/
50	หนุมานนั่งแท่น	/						112	ลูกใต้ใบ				/		/
51	หมี่เหม็น	/	/		/	/		113	ตาลปัตรฤาษี				/		
52	อ้อยช้าง				/			114	บัวหลวง	/	/	/			

ตารางที่ 3 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านสมุนไพร

ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา						ลำดับที่	พรรณพืช	ส่วนของพืชที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยา					
		1	2	3	4	5	6			1	2	3	4	5	6
53	กำแพงเจ็ดชั้น				/			115	บัวสาย			/			
54	ขมิ้นเครือ	/						116	ผักบุ้ง				/		
55	เถาวัลย์เปรียง				/			117	ผักแว่น				/		
56	พลูช้าง	/			/	/		118	ผำ				/		
57	เพชรสังฆาต				/			119	หญ้าคมบาง	/			/		
58	มะแว้งเครือ					/		120	หญ้าตีนนก	/			/		
59	ย่านาง		/		/			121	หญ้าปากควาย	/			/		
60	รางแดง				/			122	หญ้าแห้วหมู	/	/		/		
61	ส้มป่อย		/			/	/	123	หญ้าคา	/	/		/		
62	ไส้ตัน	/	/		/	/		124	หญ้าแพรก	/	/		/		

หมายเหตุ; 1 = ราก/หัว/เหง้า 2 = ใบ/ยอด 3 = ดอก
4 = ลำต้น/เปลือก 5 = ผล/เมล็ด 6 = ทุกส่วน

ตารางที่ 4 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านการใช้สอย

ลำดับที่	พรรณพืช	การใช้สอย				ลำดับที่	พรรณพืช	การใช้สอย			
		1	2	3	4			1	2	3	4
1	กรรณิการ์ป่า	/		/		33	ปีบ	/		/	
2	กระแจะ			/		34	ไผ่	/	/	/	
3	กระเบียน			/		35	ไผ่ป่า	/	/	/	
4	กะตังใบ			/		36	ไผ่ร้อยข้อ	/			
5	ก้ามปู	/	/	/		37	ฝาง			/	/
6	กำจาย			/		38	พญาเสือโคร่ง			/	
7	กุ่มบก	/				39	พฤกษ์	/	/	/	
8	กันเกรา		/	/		40	พอก		/	/	
9	ข่อย	/		/	/	41	พะยอม		/	/	
10	ขันทองพยาบาท	/		/		42	มะกอก	/		/	
11	ขี้เหล็ก	/		/		43	มะกัก			/	
12	ไข่เน่า			/		44	มะเกลือ			/	/
13	คอแลน	/		/		45	มะกา			/	
14	แคป่า	/		/		46	มะกล่ำบ้าน		/	/	/
15	งิ้ว	/			/	47	มะขามแก่นดำ	/			
16	งิ้วหนาม	/		/		48	มะขามป้อม	/			
17	ฉนวน			/		49	มะขามเปรี้ยว	/		/	
18	ช้างน้าว			/		50	มะคอม			/	
19	ซาก	/	/	/		51	มะค่าแต้		/	/	
20	ต้นเกตุ		/	/		52	มะดูกใหญ่			/	/
21	ตะโก	/		/		53	มะเดื่อ	/		/	
22	ตะขบป่า	/		/		54	มะนาวป่า			/	
23	ตะคร้อ	/	/	/		55	มะพลับ			/	
24	ตะคร้อหนาม	/	/	/		56	มะไฟป่า	/		/	
25	ตะคร้อป่า	/	/	/		57	มะหาด		/	/	

ตารางที่ 4 ภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชด้านการใช้สอย

ลำดับที่	พรรณพืช	การใช้สอย				ลำดับที่	พรรณพืช	การใช้สอย			
		1	2	3	4			1	2	3	4
26	ตะเคียนหนู		/	/	/	58	โมกหลวง			/	
27	ตะแบก		/	/		59	ส้มเกลี้ยง	/			
28	ตะแบกเลือด		/			60	สะเดา	/	/	/	
29	ตาลเสี้ยน		/	/		61	สุพรรณิการ์	/		/	
30	ติ้วแดง			/		62	เสี้ยว	/		/	
31	ประดู่		/			63	หว้า	/		/	
32	ทองกวาว	/		/		64	หญ้าคา				/

หมายเหตุ; 1 = ไม้เชื้อเพลิง 2 = ไม้สร้างบ้าน
3 = ไม้ใช้สอย 4 = อื่น ๆ

3. ผลการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของพรรณพืชในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และบริเวณอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า สามารถจัดระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของพรรณพืชได้ จำนวน 129 ชนิด ฐานข้อมูล ประกอบด้วย ชื่อพรรณไม้ ภาพถ่าย ชื่อวงศ์ ชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่ออื่น ๆ ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ (ต้น ใบ ดอก ผล) การขยายพันธุ์ นิเวศวิทยา/สภาพแวดล้อม และการใช้ประโยชน์ทางอาหารและทางยา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชของชุมชนตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พรรณพืชที่นำไปใช้ประโยชน์ด้านอาหาร มีจำนวน 37 ชนิด ด้านสมุนไพร มีจำนวน 124 ชนิด และด้านการใช้สอย มีจำนวน 64 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรี จีนธรรม จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท และปัณณ์รภัส ถกลภักดี[4] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่นการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจพบในชุมชนตำบลบ่อเงินมีจำนวน 145 ชนิด พืชสมุนไพรที่มีส่วนใบ/ยอด เป็นส่วนที่นำมาใช้ประโยชน์ทางยามากที่สุด 98 ชนิด รองลงมาคือ ราก/หัว/เหง้า มีจำนวน 94 ชนิด ลำต้น/เปลือก จำนวน 70 ชนิด ผล/เมล็ด จำนวน 54 ชนิด ดอก จำนวน 47 ชนิด และทุกส่วนที่นำมาใช้เป็นยาได้ จำนวน 33 ชนิด ตามลำดับ พืชสมุนไพรที่สำรวจ มีวิธีการใช้โดยการต้มมากที่สุด จำนวน 102 ชนิด รองลงมา คือ การใช้วิธีอื่น ๆ เช่น การสกัด คั่ว ตากแห้ง และบดผง จำนวน 74 ชนิด ตำพอก จำนวน 50 ชนิด และคั้นสด จำนวน 40 ชนิด ตามลำดับ พืชสมุนไพรแต่ละชนิดมีสรรพคุณทางยาที่แตกต่างกัน เช่น กระดังงา มีสรรพคุณ บำรุงเลือด ขับปัสสาวะ เจตมูลเพลิงแดง มีสรรพคุณ บำรุงไฟธาตุ บำรุงโลหิต ว่านหางจระเข้ มีสรรพคุณ แก้แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก รางจืด ถอนพิษไข้ พิษยาฆ่าแมลง และบัวหลวง มีสรรพคุณ บำรุงครรภ์ บำรุงหัวใจ และห้ามเลือด

ผลการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านความหลากหลายของพรรณพืชในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และบริเวณอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยถ่ายภาพพรรณพืช สัมภาษณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศึกษาข้อมูลพืชสมุนไพรจากเอกสาร ตำรา และนักวิชาการ ได้ฐานข้อมูลพรรณพืชมีข้อมูลเกี่ยวกับชื่อพรรณไม้ ภาพถ่าย ชื่อวงศ์ ชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่ออื่นๆ ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ (ต้น ใบ ดอก ผล) การขยายพันธุ์ นิเวศวิทยา/สภาพแวดล้อม และการใช้ประโยชน์ทางอาหาร

และทางยา จำนวน 129 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิเชียร สมงาม[5] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาด้านพืชสมุนไพรที่อนุรักษ์ไว้ในสมาคมแพทย์แผนไทย ตำบลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การจัดทำฐานข้อมูลพืชสมุนไพรที่อนุรักษ์ไว้ในสมาคมแพทย์แผนไทย โดยจัดทำซีดีฐานข้อมูลพืชสมุนไพรและเอกสารฐานข้อมูลพืชสมุนไพรจำนวน 111 ชนิด 55 วงศ์ ประกอบด้วย ชื่อพืชสมุนไพร ภาพถ่าย ชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่อวงศ์ ชื่อสามัญ ชื่อท้องถิ่น ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ สารสำคัญ สรรพคุณ การขยายพันธุ์ และถิ่นกำเนิด เพื่อใช้ในการเผยแพรความรู้ให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ และใช้เป็นแหล่งเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาด้านการนำพืชสมุนไพรมาใช้ประโยชน์เป็นยารักษาโรค และการอนุรักษ์สมุนไพรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเทพควรสนับสนุนกลุ่มและเครือข่ายการอนุรักษ์ความหลากหลายของพรรณพืชและภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ใน ตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ชุมชนในตำบลศรีเทพควรตั้งกลุ่มหมอพื้นบ้านและจัดกิจกรรมเรียนรู้การใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรให้กับนักเรียนและผู้สนใจ เพื่อช่วยกันสืบทอดภูมิปัญญาพืชสมุนไพร ในตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

3. ทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันอนุรักษ์พรรณพืชโดยการปลูกและขยายพันธุ์ การนำไปใช้ประโยชน์เป็นยาสมุนไพร การสร้างความรู้ ความตระหนักและจิตสำนึกให้กับนักเรียนและประชาชน การจัดทำสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ เพื่อให้เกิดการอนุรักษ์อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ในตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาบทเรียนท้องถิ่นด้านการอนุรักษ์พรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่นในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายด้านการอนุรักษ์พรรณพืชและภูมิปัญญาท้องถิ่นในอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ ปราชญ์ท้องถิ่น และผู้นำชุมชนตำบลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุกัญญา แก้วนิ่ม. 2558. **ชุมชนตำบลศรีเทพ**. การติดต่อส่วนตัว.
2. กรมศิลปากร. 2566. **อุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.finearts.go.th/storage/contents/2020/08/file/LRhE11TMJMilC25Xs1Jukoa0zxJZVMK ld2ClZYlW.pdf. (20 มกราคม 2568).
3. UNESCO World Heritage Centre. (2023). *The Criteria for Selection*. Retrieved from https://whc.unesco.org
4. สุนทรี จีนธรรม ปัณณ์รภัส ถกลภักดี และจีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท. 2558. **การศึกษาความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดงบัง ตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี**. ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2558. วารสารวิจัยสหวิทยาการไทย.

5. สุนทรี จีนธรรม จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท และปัณณ์รภัส ถกลภักดี. 2562. **ภูมิปัญญาท้องถิ่นการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรในชุมชน ตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี**.ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

6. วิเชียร สมงาม. 2558. **การศึกษาภูมิปัญญาด้านพืชสมุนไพรที่อนุรักษ์ไว้ในสมาคมแพทย์แผนไทย ตำบลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Effects of glycemic control behaviors program among pregnant women with gestational diabetes of Thatphanom crown prince hospital.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

ณัฐวดี ศรีแสนยงค์[1]
NUTVADEE SRISAENYONG[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (t = 12.35, 95%CI = 0.31 ถึง 0.43, p < 0.000) พฤติกรรมทางสุขภาพ (t = 18.02, 95%CI = 0.79 ถึง 0.99, p < 0.000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (t = 19.28, 95%CI = 1.42 ถึง 1.84, p < 0.000) ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (t = 2.97, 95%CI = 3.01 ถึง 15.72, p = 0.05) ระดับน้ำตาลหลังอาหาร (t = 6.90, 95%CI = 42.91 ถึง 78.36, p <0.000) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล หญิงตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This research is a quasi-experimental research design. The purpose of this research is to study the effect of a behavioral promotion program for controlling blood sugar levels in women with gestational diabetes at Thatphanom crown prince hospital. The study was divided into 2 groups: an experimental group and a control group. The results were measured before and after the experiment. The results of the research found that: The mean of diabetes knowledge (t = 12.35, 95%CI = 0.31 to 0.43, p < 0.000), health behaviors (t = 18.02, 95%CI = 0.79 to 0.99, p < 0.000), and self-efficacy perception (t = 19.28, 95%CI = 1.42 to 1.84, p < 0.000), pre-meal blood sugar level (t = 2.97, 95%CI = 3.01 to 15.72, p = 0.05), and post-meal blood sugar level (t = 6.90, 95%CI = 42.91 to 78.36, p < 0.000) between the experimental and control groups were significantly different.

Keywords: Sugar Control Behavior, Pregnant women, Gestational diabetes

บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคนทั่วโลก ร้อยละ 90 พบว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากขึ้นถึง 783 ล้านคน[1] ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย ญี่ปุ่น[2] ปี พ.ศ.2562 ส่วนภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความชุกโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7 ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[3] การเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบในประเทศไทย ร้อยละ 24.7 สิงคโปร์ ร้อยละ 23.5 มาเลเซีย ร้อยละ 22.5 และเวียดนามร้อยละ 21.3 ตามลำดับ[4]

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ข้อมูลทางสถิติจังหวัดนครพนม ระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ จำนวน 6,723, 6,723 และ 6,206 ราย มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 306, 355 และ 200 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง มีกลุ่มงานสูตินรีเวชให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนมและพื้นที่ใกล้เคียง ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีหญิงตั้งครรภ์มาใช้บริการคลอด จำนวน 961, 1,061 และ 1,053 ราย พบว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วยจำนวน 77, 74 และ 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.01 6.97 และ 7.12 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการคลอดและพบจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด 9, 6 และ 10 รายตามลำดับ[5] ซึ่งถือว่ายังคงเป็นปัญหาสำคัญของเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม ส่งผลกระทบต่อภาวะทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และอัตราการมีชีวิตรอดของทารก การมุ่งเน้นลดภาวะเบาหวานตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของชีวิตที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus; GDM) อาจเป็นกุญแจสำคัญในการลดการเกิดเบาหวาน (Diabetes Mellitus; DM) ในอนาคต เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เป็นเบาหวานอันเป็นผลมาจากฮอร์โมน[6]

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต และการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการทำงานของ Insulin เช่น ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทอลแลคโตเจน เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และโปรแลคติค[7] ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของ insulin ในการดูดซึมน้ำตาลให้เข้าสู่เซลล์ จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงระหว่างการตั้งครรภ์ เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1.เบาหวานที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์ (Pre-gestational diabetes Mellitus) 2.เบาหวานที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes Mellitus) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น อายุมาก อ้วน เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีญาติเป็นเบาหวาน ควรได้รับการคัดกรองเบาหวานเมื่อมีการตั้งครรภ์[8] ในปัจจุบันการรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันส่งผลกระทบต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (Caesarean delivery) ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia)[9] เป็นที่ยอมรับว่าการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นแนวทางการรักษาที่ปลอดภัยและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เช่น การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดภายใต้ความเหมาะสมของภาวะทางสุขภาพของแต่ละบุคคล[10] อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน แต่การมีวินัยในการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมบุคคลมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ลักษณะทางพันธุกรรม อายุ ความรู้ ทัศนคติ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด พื้นฐานครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self- Efficacy) ของ Bandura[11] กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 4 แหล่งสนับสนุน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงโดย

บุคคลที่น่าเชื่อถือและใช้ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จมาเล่าประสบการณ์ การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ มาเป็นแนวทางในการจัดทำกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM จำกัดความ การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง 50 GCT ได้มากกว่าเท่ากับ 140 mg/dL.และตรวจวินิจฉัยโดยวิธี 100 OGTT ต่อ ใช้เกณฑ์ Carpenter & Coustan แล้วขึ้น 2 ใน 4 ค่า จึงวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[12] ตามเกณฑ์การคัดกรองของ Carpenter & Coustan (Diabetic Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Service, National Health Security Office, 2017). ในระหว่าง มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนจำนวนกลุ่มละ 22 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power analysis version 3.1 ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง[13] โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) คือ 0.926 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการคำนวน[14] กลุ่มละ 20 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก แล้วทำการสุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวนไว้โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. แบบสอบถามพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วยกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความไว้วางใจ เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและนักวิจัย จนสามารถนำไปสู่การเปิดใจพูดคุยปัญหาในเชิงลึก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการประเมินความรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างตรงจุด

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมประเมินความเชื่อทัศนคติ และการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินและสร้างความเชื่อ ทัศนคติ ความตระหนักรู้และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 สร้างความรู้ ความเข้าใจทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพโดยบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมฝึกทักษะแนวทางการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลโดยแนวคิดการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มทักษะ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ รู้แนวทางและวิธีปฏิบัติอย่างถูกหลักการในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 6 การติดตามและประเมินผล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรม

ส่วนที่ 3 วิธีการเก็บข้อมูล ระดับน้ำตาลในเลือด

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะนัดเพื่อตรวจติดตามอาการ โดยใช้วิธีการเจาะน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารต้องงดอาหารก่อนมาเจาะ 6-8ชม.(Fasting Blood Sugar)[15,16] และเจาะน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr postprandial glucose)[15,16] ซึ่งสามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลทั้งก่อนและหลังอาหาร ผู้วิจัยบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดลงในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนมโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ dependent t test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยเลขที่ REC 094/67 รับรองวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน กลุ่มละ 22 ราย กลุ่มทดลองอายุระหว่าง 22 – 42 ปี เฉลี่ย 30.68 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรรม/ทำนา/ทำสวน/ทำฟาร์ม ร้อยละ 31.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 45.5 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 59.1 รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 68.2 มีสมาชิกในครอบครัว 5 – 7 คน ร้อยละ 77.3 ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ร้อยละ 13.6 ในครอบครัวมีพ่อ แม่ พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่

ประกอบอาหารด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารให้ ร้อยละ 36.4 เท่ากัน ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสหวานและมัน ร้อยละ 31.8 สภาพมวลรวมร่างกายมีน้ำหนักระหว่าง 48 – 80 กิโลกรัม เฉลี่ย 63.79 ส่วนสูง 148 – 170 เซนติเมตร เฉลี่ยร้อยละ 156.64 ค่าความดันเฉลี่ย 117.68/69.18 ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.6 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 27.3 มาตรงตามนัดหมายของแพทย์เพื่อติดตามอาการทุกครั้ง ร้อยละ 95.5 มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยหรือรู้สึกเครียดบางครั้ง ร้อยละ 72.7 ระดับน้ำตาลในเลือด***ก่อน***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***ก่อน***อาหาร (mg/dl) เฉลี่ย 95.32 ระดับน้ำตาลในเลือด***หลัง***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***ก่อน***อาหาร (mg/dl) เฉลี่ย 85.23 ระดับน้ำตาลในเลือด***ก่อน***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***หลัง***อาหาร 2 ชั่วโมง (mg/dl) เฉลี่ย 176.14 ระดับน้ำตาลในเลือด***หลัง***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***หลัง***อาหาร 2 ชั่วโมง (mg/dl) เฉลี่ย 114.45

กลุ่มควบคุมอายุระหว่าง 24 – 43 ปี เฉลี่ย 30.32 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรรม/ทำนา/ทำสวน/ทำฟาร์ม ร้อยละ 31.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 45.5 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 45.5 รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 72.2 มีสมาชิกในครอบครัว 5 – 7 คน ร้อยละ 77.3 ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ร้อยละ 9.1 ในครอบครัวมีพ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ 45.5 ชอบอาหารรสเค็มและมัน ร้อยละ 36.4 สภาพมวลรวมร่างกายมีน้ำหนักระหว่าง 50 - 78 กิโลกรัม เฉลี่ย 63.86 สูง 150 - 169 เซนติเมตร เฉลี่ย ร้อยละ 157.91 ค่าความดันเฉลี่ย 117.41/69.73 ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.6 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์และไม่ออกกำลังกายเท่ากัน ร้อยละ 50.0 มาตรงตามนัดหมายของแพทย์เพื่อติดตามอาการทุกครั้ง ร้อยละ 90.9 มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยหรือรู้สึกเครียดบางครั้ง ร้อยละ 54.5 ระดับน้ำตาลในเลือด***ก่อน***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***ก่อน***อาหาร (mg/dl) เฉลี่ย 94.90 ระดับน้ำตาลในเลือด***หลัง***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***ก่อน***อาหาร (mg/dl) เฉลี่ย 94.59 ระดับน้ำตาลในเลือด***ก่อน***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***หลัง***อาหาร 2 ชั่วโมง (mg/dl) เฉลี่ย 175.54 ระดับน้ำตาลในเลือด***หลัง***เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฯ ค่าน้ำตาล***หลัง***อาหาร 2 ชั่วโมง (mg/dl) เฉลี่ย 175.09

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมทางสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร และระดับน้ำตาลหลังอาหาร เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($t = 12.42$, 95%CI = 0.30 ถึง 0.42, $p < 0.000$) พฤติกรรมทางสุขภาพ ($t = 18.08$, 95%CI = 0.78 ถึง 0.99, $p < 0.000$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร ($t = 5.99$, 95%CI = 6.59 ถึง 13.59, $p < 0.000$) ระดับน้ำตาลหลังอาหาร ($t = 9.03$, 95%CI = 47.48 ถึง 75.88 $p < 0.000$) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.000$ ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($t = 0.09$, 95%CI = 0.02 ถึง 0.01, $p = 0.92$) พฤติกรรมทางสุขภาพ ($t = 0.36$, 95%CI = -0.02 ถึง 0.03, $p = 0.72$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($t = 0.49$, 95%CI = -0.22 ถึง 0.04, $p = 0.63$) ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร ($t =$

1.43, 95%CI = -1.43 ถึง 0.78, p = 0.17) และระดับน้ำตาลหลังอาหาร (t = 1.27, 95%CI = -0.29 ถึง 1.27, p = 0.22) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมทางสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับน้ำตาลก่อนอาหารและระดับน้ำตาลหลังอาหาร ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (t = 12.35, 95%CI = 0.31 ถึง 0.43, p < 0.000) พฤติกรรมทางสุขภาพ (t = 18.02, 95%CI = 0.79 ถึง 0.99, p < 0.000) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (t = 19.28, 95%CI = 1.42 ถึง 1.84, p < 0.000) ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (t = 2.97, 95%CI = 3.01 ถึง 15.72, p = 0.05) ระดับน้ำตาลหลังอาหาร แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.90, 95%CI = 42.91 ถึง 78.36, p <0.000)

สรุปและอภิปรายผล

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) ของ Bandura[11] กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 4 แหล่งสนับสนุน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการนี้โดยใช้ 4 แหล่งสนับสนุนมาพัฒนากิจกรรม ประกอบด้วยการใช้บุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาล การใช้คำพูดชักจูงโดยบุคคลที่น่าเชื่อถือ การทำกิจกรรมที่เกิดการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ให้มีพลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กิจกรรม 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจ เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและนักวิจัย จนสามารถนำไปสู่การเปิดใจพูดคุยปัญหาในเชิงลึกได้ เมื่อเกิดความไว้วางใจแล้วจึงนำไปสู่ กิจกรรมที่ 2 ด้านการประเมินความรู้เพื่อประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานประเมินทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ ตามด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลไกลการเกิดโรค แนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับหญิงตั้งครรภ์ในระดับที่เข้าใจง่ายโดยการใช้สื่อวิดิทัศน์ เอกสาร โดยทีมแพทย์และพยาบาลผู้ให้ความรู้ ตามด้วยกิจกรรมที่ 3 ประเมินความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อสร้างความเชื่อ ทัศนคติ ความตระหนักรู้และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 4 สร้างความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพโดยบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จผ่านการบอกเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการผ่านพ้นการเกิดผลกระทบจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้กลวิธีการเล่าเรื่องเพื่อให้ความรู้และโน้มน้าวใจและเสริมสร้างแนวคิดในการให้ความสำคัญและตระหนักรู้ต่อผลกระทบจากภาวะเบาหวานที่อาจเกิดต่อการตั้งครรภ์ กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะแนวทางการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลโดยแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มทักษะให้เกิดการปฏิบัติ รู้แนวทางและวิธีปฏิบัติอย่างถูกหลักการในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และกิจกรรมที่ 6 การติดตามและประเมินผลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติและประเมินผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรม ด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลับไปปฏิบัติตนที่บ้านด้วยตัวเอง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม

ครอบคลุมทั้งการสร้างทัศนคติ การให้ความรู้ การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ รวมไปถึงการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญ และติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์จากการเปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมทางสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับน้ำตาลก่อนอาหารและระดับน้ำตาลหลังอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา ต้นประเสริฐ และพัชรินทร์ นาเมืองรักษ์[14] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมงของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วยการพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[11] ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[17] จัดกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ ฝึกทักษะออกกำลังกาย การจัดอาหารที่เหมาะสม กิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดี การพูดจูงใจกระตุ้นกำลังใจเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการสนับสนุนจากสามี พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.000) และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.003) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[11] ช่วยสนับสนุนการการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพนำไปสู่ระดับน้ำตาลที่ลดลงเช่นเดียวกับการศึกษาของ สิวาพร พานเมือง และคณะ[18] ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน กิจกรรมมีการให้ความรู้โดยการสอน สุขศึกษาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แนะนำการฝึกปฏิบัติ ทำตารางอาหารประจำวัน การออกกำลังกาย การใช้คู่มือและวีดิทัศน์เป็นสื่อและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P= 0.006) และมีระดับความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.030) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการดูแลตนเองสามารถนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยของ ดวงพร ผาสุวรรณ และคณะ[19] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการดูแลตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกับสามีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง[20] และมีการติดตามกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ ๆ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพแลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมกันกับสามีในการกำหนดเป้าหมายควบคุมระดับน้ำตาล ใช้คู่มือหนังสืออิ่มอร่อย ได้สุขภาพสไตล์เบาหวานเป็นแหล่งความรู้ในการปฏิบัติ และคู่มือเสริมสร้างการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) ของ Bandura[11] เป็นกรอบในการทำกิจกรรมมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน คือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และสภาวะด้านร่างกาย

และอารมณ์ ส่งผลให้ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังอาหารของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กำหนดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขในอำเภอธาตุพนม เพื่อการพัฒนาสมรรถนะด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

2. เพื่อการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน

3. แพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พยาบาลชุมชน หรือบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไปประยุกต์ใช้โดยการปรับลดหรือเพิ่มกิจกรรมบางส่วนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการต่อยอดงานวิจัยโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมกับครอบครัว สามี หรือคนใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลมากขึ้น

2. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ครอบครัวและคนรอบข้างควรเข้าใจถึงผลทบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดกับแม่และลูกตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด อาจมีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ภาวะหายใจเร็วหลังคลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1
3. Caissutti C., Berghella V. Scientific evidence for different options for GDM screening and management: controversies and review of the literature. Biomed Res Int 2017: 1- 12.doi: 10.1155/2017/2746471
4. Dominik FD, Monika R, Gracjan R, Kinga P, Kinga B and Bozena L-G. Evaluation of gestational diabetes mellitus across continents in 21st century. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022;19(23):1-32.
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2567). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2564 - 2566.
6. Suzanne P. Windows of opportunity for lifestyle interventions to prevent gestational diabetes mellitus. Am J Perinatal 2016;33(13):1291-1299.
7. กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และอุษา เชื้อหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(3):28-40.
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/understand-diabetes/diabetes-pregnant

9. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 137: gestational diabetes. Obstet Gynecol. 2013;122:406-16.
10. ชนัดดา ระดาฤทธิ์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(1):50-59.
11. Bandura A. Self-efficacy the exercise of control. 11th ed. New York: W.H. Freeman and Company 1997.
12. Szmuilowicz ED, Josefson JL, Metzger BE. Gestational Diabetes Mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am. 2019 Sep;48(3):479-493.
13. Faul F, Erdfelder E, Lagn A-B and Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2): 175–191.
14. จินตนา ตันประเสริฐ และพัชรินทร์ นาเมืองรักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ ตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ คุณภาพชีวิต 2566;3(3):95–106.
15. Hillier TA, Pedula KL, Ogasawara KK, Vesco KK, Oshiro CES, Lubarsky SL, Van Marter J. A Pragmatic, Randomized Clinical Trial of Gestational Diabetes Screening. N Engl J Med. 2021 Mar 11;384(10):895-904.
16. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018 Feb;131(2):e49-e64
17. House JS. Work stress and social support (addison-wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc. 1981.
18. สิวาพร พานเมือง, อักษราณัฐ สุทธิประภา และวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2566; 9(1): 130–144.
19. ดวงพร ผาสุวรรณ, วันเพ็ญ แววว่องคุปต์, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, สุนีย์ เนตรภิญโญ, ศิริพร ฉายาทัพ และศุภรัสมิ์ วิเชียรตนนท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการดูแลตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกับสามี ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วารสารพยาบาล 2566;72(2):31–40.
20. King, IM. King's theory of goal attainment in practice. Nursing Science Quarterly 1997;10(4): 180–185.

ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Effects of using innovative mechanism of labor SIMILAR model on knowledge and understanding mechanisms of labor Return Demonstration and satisfaction of 3rd year nursing students Roi-Et Rajabhat University

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

พรรวินท์ ธนินธิติพงศ์[1] รวีพร อุดมก้านตง[2] เรืองศรี ศรีสวนจิก[3]
Pornravin Thaninthitipong[1] Rawiporn Udomkanthong[2] Ruengsri Srisuwanjik[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ Pretest-posttest control group design กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ แบบประเมินการสาธิตย้อนกลับ และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.48 คะแนน vs 6.20 คะแนน, $p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการสาธิตย้อนกลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.32 คะแนน vs 5.66 คะแนน, $p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) มีทักษะการสาธิตย้อนกลับอยู่ในระดับดี ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) อยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.51)

คำสำคัญ: นวัตกรรมการศึกษาพยาบาล, กลไกการคลอด, หุ่นจำลองการสอน, การสาธิตย้อนกลับ, การพยาบาลมารดาและทารก

Abstract

This experimental research, using a pretest-posttest control group design, aimed to examine the effects of the SIMILAR labor mechanism model on knowledge, understanding, return demonstration skills, and satisfaction among third-year nursing students at Roi-Et Rajabhat University. The sample consisted of 50 third-year nursing students divided equally into experimental and control groups. Data were collected using knowledge tests, a return demonstration evaluation form, and a satisfaction questionnaire.

The findings revealed that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge and understanding of labor mechanisms than the control group (8.48 vs. 6.20, $p < 0.001$), as well as significantly higher return demonstration skills (7.32 vs. 5.66, $p < 0.001$). The majority of students in the experimental group (76.0%) demonstrated good skill levels, while most students in the control group (64.0%) showed only moderate skill levels. Furthermore, the experimental group reported the highest level of satisfaction with the SIMILAR model innovation (Mean = 4.60, S.D. = 0.51).

[1] พย.ม (การพยาบาลครอบครัว) หัวหน้าโครงการ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด Corresponding author Email: pornravin_tan@vu.ac.th

[2] พย.ม (การพยาบาลครอบครัว) กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

[3] พย.ม (การพยาบาลผู้สูงอายุ) กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Keywords: Nursing education innovation, Labor mechanism, Teaching model, Return demonstration, Maternal-child nursing

บทนำ

การเรียนการสอนทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องอาศัยสื่อเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะและความเข้าใจให้แก่ผู้เรียน[1] ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สื่อการสอนมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ทั้งสองส่วนเข้าด้วยกัน[2] โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ซึ่งเนื้อหามีความซับซ้อนและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความรู้เรื่องกลไกการคลอดเป็นพื้นฐานสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และยังเป็นเนื้อหาสำคัญในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์[3] แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาหุ่นจำลองเสมือนจริง (simulation) ที่สามารถจำลองสถานการณ์ได้เสมือนการคลอดจริง แต่อุปกรณ์เหล่านี้ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาและการเข้าถึง[4] เนื่องจากส่วนใหญ่ผลิตในต่างประเทศและมีราคาสูง ส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่ง รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดไม่สามารถจัดหามาใช้ได้อย่างเพียงพอ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ซึ่งกำลังศึกษาในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 จึงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจกลไกการคลอดที่มีความซับซ้อน 8 ขั้นตอน ได้แก่ Engagement, Descent, Flexion, Internal rotation, Extension, Restitution, External rotation และ Expulsion[5,6] ความยากในการเรียนรู้กลไกการคลอดเกิดจากการที่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในร่างกายและไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า นักศึกษาจึงต้องอาศัยการจินตนาการเพื่อทำความเข้าใจ[7] ซึ่งสร้างความสับสนและขาดความมั่นใจในการสาธิตย้อนกลับและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง การศึกษาของขวัญใจ เพทายประกายเพชร และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ พบว่าการใช้หุ่นจำลองกลไกการคลอดช่วยให้นักศึกษาเข้าใจและมองเห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น โดยนักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอด[8] อย่างไรก็ตามหุ่นจำลองที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการแสดงกลไกการคลอดอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนทุกขั้นตอน วัฒนกิจและกรุงไกรเพชร ระบุว่าสื่อการสอนที่เหมาะสมควรเป็นหุ่นจำลองสามมิติที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า มีความยืดหยุ่น น้ำหนักเบาไม่แตกง่าย และเคลื่อนย้ายสะดวก[9] ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่ช่วยให้เข้าใจกลไกการคลอดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การนำหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR มาใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ตอบสนองความต้องการของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด โดยหุ่นจำลองนี้สามารถแสดงกลไกการคลอดได้อย่างชัดเจนทุกขั้นตอนแบบสามมิติผ่านหน้าท้องจำลองที่ทำจากวัสดุใส ทำให้นักศึกษาสามารถมองเห็นการเคลื่อนไหวของทารกในระหว่างการคลอดได้อย่างชัดเจน โดยไม่ต้องอาศัยการจินตนาการ นวัตกรรมนี้ใช้หุ่นตุ๊กตาทารกที่ได้รับการดัดแปลงให้สามารถก้ม ตะแคง และเงยศีรษะได้ใกล้เคียงกับทารกจริง แขนขาสามารถงอและเหยียดได้ พร้อมกลไกที่ช่วยผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำและคลอดออกทางช่องคลอดได้อย่างเสมือนจริง[10]

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด โดย

คาดว่านวัตกรรมนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ สร้างความมั่นใจให้นักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้รับบริการและความสำเร็จในการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดเรื่องกลไกการคลอดก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการสาธิตย้อนกลับ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์" ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb (1984)[11] ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงหรือการจำลองสถานการณ์ ประกอบกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์นิยม (Constructivism) ของ Piaget[12] ที่ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อการเรียนรู้ และทฤษฎีพหุปัญญา (Multiple Intelligences) ของ Gardner[13] ที่ผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย รวมถึงการเรียนรู้ผ่านมิติสัมพันธ์ (Visual-Spatial) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Bodily-Kinesthetic) การใช้หุ่นจำลองสามมิติจึงตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายของผู้เรียน จากการศึกษาของ Jeffries (2005)[14] พบว่าการใช้หุ่นจำลองในการเรียนการสอนทางการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญใจ และปวีณภัทร (2563)[15] ที่พบว่าการใช้หุ่นจำลองกลไกการคลอดช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Fawaz และ Hamdan-Mansour (2016)[16] ยังพบว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล กลไกการคลอดเป็นเนื้อหาสำคัญในการศึกษาพยาบาลสูติศาสตร์ ซึ่ง Cunningham และคณะ (2018)[17] อธิบายว่าประกอบด้วย 8 ขั้นตอนที่ซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจ การสร้างหุ่นจำลองที่แสดงกลไกการคลอดอย่างเป็นรูปธรรมจึงมีความจำเป็น ดังที่ Pillitteri (2018)[18] เสนอว่าการใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในเนื้อหาที่ซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีสมมติฐานว่าการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR จะส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการคลอดเพิ่มขึ้น สามารถสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง และมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับสูง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study design) รูปแบบ The pretest- posttest control group design เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด การสาธิตย้อนกลับและความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด

SIMILAR ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ระหว่างกลุ่มที่ใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR กับกลุ่มที่ใช้หุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการตามปกติ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 9 ที่ลงทะเบียนเรียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2566 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น 75 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด รุ่นที่ 9 จำนวน 75 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้สถติ G* POWER กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .80 ความเชื่อมั่น (α) = .05 [19] และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) = .50 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen, 1988) [20] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย จากนั้นคัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเตรียมความพร้อมในหัวข้อกลไกการคลอดก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติรายวิชา NUS 3602 ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 14 มิถุนายน 2567 โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มซึ่งเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติใน Section 1 ฝึกปฏิบัติระหว่างวันที่ 1 เมษายน- 3 พฤษภาคม 2567 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่เตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติใน Section 2 ฝึกปฏิบัติระหว่างวันที่ 13 พฤษภาคม – 14 มิถุนายน 2567

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ไม่เคยผ่านการ Try out 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก 1) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1. นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยเพื่อใช้เป็นสื่อการสอนในการอธิบายกลไกการคลอด

2. สื่อวีดิทัศน์สาธิตกลไกการคลอด นำเสนอขั้นตอนกลไกการคลอด 8 ขั้นตอน โดยใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR ประกอบการสาธิต

3. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) ระดับต่ำ (น้อยกว่า 5 คะแนน)

4. แบบประเมินการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอด เป็นแบบประเมินทักษะปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง) โดยปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 8 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (7-8 คะแนน)
ระดับพอใช้ (5-6 คะแนน) ระดับต้องปรับปรุง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกคลอด SIMILAR ดัดแปลงจากแบบประเมินของขวัญใจ เพทายประกายเพชร และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประโยชน์ต่อการเรียนการสอน (5 ข้อ) ด้านการนำไปใช้ (5 ข้อ) และด้านคุณภาพการผลิต (5 ข้อ) เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.51-5.00) ระดับมาก (3.51-4.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับน้อย (1.51-2.50) ระดับน้อยที่สุด (0.51-1.50)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และมีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบและแบบประเมินก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา จะดำเนินการนำเค้าโครงงานวิจัยและเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามพบว่ามีค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 ทุกข้อ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ **การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** การทดสอบความเที่ยงดำเนินการโดยนำเครื่องมือวิจัยปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยนำไปทดลองกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 9 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องรวมทั้งพิจารณาใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและมีความชัดเจนของ โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด KR-20 = 0.86 2) แบบประเมินการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอดโดยผู้วิจัย KR-20 = 0.91 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกคลอด SIMILAR = 0.97

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Preparation phase)

1. การวางแผนและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control group)

2. การพัฒนาและเตรียมเครื่องมือตรวจสอบและปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด " SIMILAR "ให้พร้อมใช้งาน จัดทำแบบทดสอบก่อน-หลังเรียน (pretest-posttest) เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจและทักษะการสาธิตย้อนกลับ พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจโดยใช้เป็นแบบสอบถาม Likert scale การทดสอบเครื่องมือ (try out) ผู้วิจัยได้นำนวัตกรรมหุ่นกลไกการคลอด SIMILAR และเครื่องมือในการวัดและประเมินผลไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 25 คน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวัดและประเมินผลตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

3. การชี้แจงและเกริ่นนำแก่นักศึกษา ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัย การขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม (Inform Consent)

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง (Implementation phase)

1. การทดสอบก่อนเรียน(Pretest) วัดระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดและความสามารถในการสาธิตย้อนกลับพื้นฐานของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

2. การจัดการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอดSIMILAR (เฉพาะกลุ่มทดลอง)

กลุ่มทดลอง ใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด “SIMILAR” ในการสอนและฝึกปฏิบัติ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการชมวีดีทัศน์การสาธิตกลไกการคลอด โดยใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR 8 ขั้นตอน การสอนและสาธิตกลไกการคลอดซ้ำ โดยใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกคลอด SIMILAR

กลุ่มควบคุม เรียนรู้ตามวิธีปกติ เช่น การบรรยาย การสาธิตโดยใช้หุ่นจำลองที่มีอยู่เดิมในห้องปฏิบัติการ(หุ่นจำลองเชิงกรานพร้อมกะโหลกศีรษะทารก) สื่อวีดีทัศน์ที่มีอยู่ใน You Tube

3. การเฝ้าสังเกตและให้คำแนะนำ อาจารย์ผู้สอนหรือผู้วิจัยคอยสังเกตการณ์ แนะนำและให้ความช่วยเหลือระหว่างการเรียนรู้ (ทั้งสองกลุ่ม)

ระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุปผล (Evaluation &Conclusion phase)

1. การทดสอบหลังเรียน (Posttest) นักศึกษาทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด และแบบประเมินการสาธิตย้อนกลับเช่นเดียวกับช่วง Pretest เพื่อเปรียบเทียบ วัดความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR เฉพาะกลุ่มทดลอง

2. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. การสรุปและเผยแพร่ สรุปผลการวิจัยการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILARมีผลต่อระดับ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสาธิตย้อนกลับและความพึงพอใจของนักศึกษาหรือไม่ อย่างไร เสนอแนวทางการพัฒนาการสอนในอนาคต หรือข้อเสนอแนะด้านนวัตกรรมการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายคะแนนความรู้ความเข้าใจการสาธิตย้อนกลับ และความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผู้วิจัยใช้สถิติ Independent t-test ในการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจและการสาธิตย้อนกลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (วัตถุประสงค์ข้อ 1 และ 3) และใช้สถิติ Paired t-test การทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจและการสาธิตย้อนกลับก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน (วัตถุประสงค์ข้อ 2)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มประชากรและเข้าพบกลุ่มประชากรจำนวน 50 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม และให้สิทธิ์กลุ่มประชากรในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน หากกลุ่มประชากรไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่ว่าจะกรณีใด ๆ สามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้วจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 041/2567 ลงวันที่รับรอง 5 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.35, p = 0.127, 95% CI -1.47, 0.19]) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 5.64 คะแนน (S.D. = 0.24) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 5.00คะแนน (S.D. = 0.33) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับความรู้ต่ำ

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.28, p < 0.001, 95% CI [1.63, 2.92]) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.48 คะแนน (S.D. = 0.19) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 6.20 คะแนน (S.D. = 0.26) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.31, p < 0.001, 95% CI [3.71, 4.77]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.24 คะแนน จากระดับต่ำ (4.48 คะแนน) เป็นระดับดี (8.72 คะแนน)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (t = 8.59, p < 0.001, 95% CI [1.61, 2.63]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.12 คะแนน จากระดับต่ำ (4.36 คะแนน) เป็นระดับปานกลาง (6.48 คะแนน)

3. การเปรียบเทียบการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอด

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.45, p < 0.001, 95% CI [1.27, 2.05]) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.32 คะแนน (S.D. = 0.69) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 5.66 คะแนน (S.D. = 0.85) ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับทักษะการสาธิตย้อนกลับอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 76.0) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 24.0) และไม่มีผู้ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับทักษะการสาธิตย้อนกลับอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 28.0) และมีผู้ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 8.0

4. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR

พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านประโยชน์ต่อการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.54, S.D. = 0.52) อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านคุณภาพการผลิต (Mean = 4.49, S.D. = 0.57) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ช่วยให้เข้าใจกลไกการคลอดได้ง่ายขึ้น (Mean = 4.84, S.D. = 0.37) 2) เป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ (Mean = 4.80, S.D. = 0.41) และ 3) ช่วยให้เห็นภาพกลไกการคลอดชัดเจน และสามารถแสดงให้เห็นกลไกการคลอดได้ชัดเจน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 4.76, S.D. = 0.44)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากนักศึกษาเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR

1. ควรทำให้มีขนาดใหญ่กว่านี้เพื่อให้เห็นการเคลื่อนไหวของทารกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาให้เคลื่อนไหวได้เองเพื่อเพิ่มความสมจริงยิ่งขึ้น

3. ควรเพิ่มวัสดุที่ทนทานกว่านี้เพื่อการใช้งานในระยะยาว

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (8.48 คะแนน vs 6.20 คะแนน, $p < 0.001$)

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่า (2.84 คะแนน) เทียบกับกลุ่มควบคุม (1.20 คะแนน)

การเปรียบเทียบการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสาธิตย้อนกลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (7.32 คะแนน vs 5.66 คะแนน, $p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) มีทักษะการสาธิตย้อนกลับอยู่ในระดับดี ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) อยู่ในระดับพอใช้

ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.51) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านประโยชน์ต่อการเรียนการสอน (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) รองลงมาคือด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.54, S.D. = 0.52) และด้านคุณภาพการผลิต (Mean = 4.49, S.D. = 0.57) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกลไกการคลอด SIMILAR ต่อความรู้ความเข้าใจและการสาธิตย้อนกลับเรื่องกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด พบข้อค้นพบสำคัญที่สนับสนุนประสิทธิภาพของนวัตกรรมดังกล่าวในการพัฒนาความรู้และทักษะทางคลินิก โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนด้วยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.48 vs 6.20 คะแนน, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb[21] ที่ระบุว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสหลากหลาย โดยเฉพาะการได้สัมผัสและจับต้อง (Kinesthetic learning) นอกจากนี้ ยังพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่า (2.84 คะแนน) เทียบกับกลุ่มควบคุม (1.20 คะแนน) สอดคล้องกับแนวคิด "กรวยแห่งประสบการณ์" (Cone of Experience) ของ Dale[22] ที่อธิบายว่าการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้แบบ Active Learning โดยเฉพาะการได้ลงมือปฏิบัติจริง

ในด้านการสาธิตย้อนกลับ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.32 vs 5.66 คะแนน, $p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) มีทักษะการสาธิตย้อนกลับอยู่ในระดับดี ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นการกระทำ (Action-based Learning) ของ Revans[23] ที่เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติและสะท้อนกลับสิ่งที่ได้เรียนรู้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของขวัญใจ เพทายประกายเพชร และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์[24] ที่พบว่ากลุ่มที่ใช้หุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดมีคะแนนความรู้และทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Cooper และคณะ[25] ที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้หุ่นจำลองทางการแพทย์ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดีกว่าการเรียนแบบดั้งเดิม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Johnson และคณะ[26] ที่พบว่าการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติทักษะทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้านความพึงพอใจต่อนวัตกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.51) โดยเฉพาะด้านประโยชน์ต่อการเรียนการสอน (Mean = 4.76, S.D. = 0.43) สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Keller (ARCS Model)[27] ที่ระบุว่าสื่อการเรียนรู้ที่ดีต้องสามารถดึงดูดความสนใจ มีความเกี่ยวข้องกับผู้เรียน สร้างความมั่นใจ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้เรียนได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Smith และคณะ[28] ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้เรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพในการเรียนรู้ โดยเฉพาะเมื่อสื่อการเรียนรู้นั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ การดำเนินการกับนักศึกษากลุ่มเฉพาะและระยะเวลาในการวิจัยที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของความรู้และทักษะได้ รวมถึงข้อจำกัดด้านความทนทานของวัสดุที่ใช้ผลิตนวัตกรรมซึ่งอาจส่งผลต่อการใช้งานในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams และคณะ[29] ที่ระบุถึงความท้าทายในการออกแบบหุ่นจำลองทางการแพทย์ให้มีความทนทานและตอบสนองต่อการใช้งานได้ในระยะยาว ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาผลในระยะยาวและเปรียบเทียบกับนวัตกรรมการสอนอื่นๆ[30] รวมทั้งพัฒนาต่อยอดให้มีความทนทานและหลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้เรื่องกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดเท่านั้น ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับนักศึกษากลุ่มอื่นหรือสถาบันการศึกษาอื่น

2. ระยะเวลาในการวิจัยค่อนข้างจำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของความรู้และทักษะที่นักศึกษาได้รับ

3. นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR มีข้อจำกัดในด้านความทนทานของวัสดุที่ใช้ผลิต ซึ่งอาจส่งผลต่อการใช้งานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR หรือนวัตกรรมในลักษณะเดียวกันในการจัดการเรียนการสอนเรื่องกลไกการคลอด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษา

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือประกอบการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR เพื่อให้อาจารย์ผู้สอนสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรนำนวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR ไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือระหว่างนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR ในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และทักษะ

2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมหุ่นจำลอง SIMILAR ในรูปแบบ

ดิจิทัลหรือความเป็นจริงเสมือน (**Virtual Reality**) เพื่อให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของนวัตกรรมหุ่นจำลอง **SIMILAR** กับนวัตกรรมการสอนอื่นๆ เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน หรือหุ่นจำลองกลไกการคลอดแบบอื่น

4. ควรมีการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง **SIMILAR** ในการพัฒนาทักษะการทำคลอดในสถานการณ์จริงของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความมือและการสนับสนุนจากหลายท่านและหลายภาคส่วน ขอแสดงความขอบคุณท่านผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดที่อำนวยให้เกิดนวัตกรรมชิ้นนี้ ภายใต้การขับเคลื่อนผลักดันของผู้ช่วยศาสตราจารย์สัจจวรรณฑ์ พวงศรีเคน ผู้รับผิดชอบรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล 2 รวมทั้งคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 9 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนวัตกรรมทางการพยาบาล 2 กลุ่มที่ 11 ได้แก่ นางสาวปนัดดา ชารีผาย นางสาวมนัสนันท์ พาลาด นางสาวนภาภรณ์ เสียงเสนาะ นางสาวอินธิญา อินทร์ขาว นางสาวธนกร เวียงธรรม และนางสาวพัชริดา กระแสโสม ที่มีส่วนร่วมสำคัญในการผลิตงานนวัตกรรมชิ้นนี้จนสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี ขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ ดร.เอื้อมพร ศรีสุ่มมาตย์ ที่ช่วยให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงการทำวิจัยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท้ายที่สุดขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ช่วยคอยเป็นกำลังใจ เข้าใจและคอยสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ อย่างเต็มความสามารถเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect. 2005;26(2):96-103.
2. Gaberson KB, Oermann MH. Clinical teaching strategies in nursing. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2018.
3. สภาการพยาบาล. คู่มือการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2563.
4. Teferra RA, Shewarega ES. Knowledge and attitude towards nursing clinical simulation practice: A systematic review. SAGE Open Nurs. 2021;7:1-10.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
6. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
7. Simpson KR, Creehan PA. AWHONN's perinatal nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
8. ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2563;26(1):116-29.
9. วัฒนกิจ บ, กรุงไกรเพชร ก. การพัฒนาหุ่นจำลองทางการพยาบาล: จากแนวคิดสู่นวัตกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(2):1-10.
10. Roberts SJ, Warda M, Garbutt S, Curry K. The use of high-fidelity simulation to teach cultural competence in the nursing curriculum. J Prof Nurs. 2014;30(3):259-65.

11. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
12. Piaget J. The construction of reality in the child. New York: Basic Books; 1954.
13. Gardner H. Frames of mind: The theory of multiple intelligences. New York: Basic Books; 1983.
14. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect. 2005;26(2):96-103.
15. ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2563;26(1):116-29.
16. Fawaz MA, Hamdan-Mansour AM. Impact of high-fidelity simulation on the development of clinical judgment and motivation among Lebanese nursing students. Nurse Educ Today. 2016;46:36-42.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
18. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
19. จิราภรณ์ นันท์ชัย และสมชาย แสงนวล. (2561). การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ในการวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(2), 8-14.
20. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
21. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2nd ed. New Jersey: Pearson Education; 2015.
22. Dale E. Audio-visual methods in teaching. 3rd ed. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1969.
23. Revans RW. The origins and growth of action learning. London: Chartwell-Bratt; 1982.
24. ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. ผลของการใช้หุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดต่อความรู้และทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(3):78-91.
25. Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, et al. Simulation based learning in midwifery education: A systematic review. Women Birth. 2019;25(2):64-78.
26. Johnson A, Becker D, Mayer T, Patton S. Effectiveness of simulation in teaching obstetric skills to nursing students. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2020;42(3):295-302.
27. Keller JM. Motivational design for learning and performance: The ARCS model approach. New York: Springer; 2010.
28. Smith GF, Bauer MK, Connolly MA. Satisfaction with high-fidelity simulation among nursing students. Nurs Educ Perspect. 2018;36(2):125-7.
29. Williams B, Song JJY. Are simulated patients effective in facilitating development of clinical competence for healthcare students? A scoping review. Adv Simul. 2016;1(1):1-9.
30. Wilson RD, Klein JD. Design, implementation and evaluation of a nursing simulation: A design and development research study. Int J Educ Tech. 2022;12(1):46-54.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of General Anesthesia in patient with Laparoscopy Cholecystectomy: 2 Cases study.

(Received: February 24,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

นพน้อย พานิชชา[1]
Nopnoi Phanitcha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ในเดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 2 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในขั้นตอนกากรประเมินภาวะสุขภาพรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะก่อนระงับความรู้สึก ระหว่างระงับความรู้สึกและระยะระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องเหมือนกัน แต่รายที่ 1 มีอาการอักเสบของถุงน้ำดี มีโรคร่วม มีภาวะอ้วน และจากการประเมินด้วยการตรวจร่างกายพบว่า มีภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยากร่วมด้วย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระงับความรู้สึกทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 13 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 10 ข้อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดูแลระหว่างผ่าตัด และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น การผ่าตัดและการระงับความรู้สึกที่ได้รับ ความเสี่ยงต่าง ๆ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยในการส่งข้อมูลการผ่าตัดและระงับความรู้สึก ร่วมกันวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงและบรรเทาอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก ภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากและการระงับความรู้สึก ความไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รายที่ 1 จำนวน 4 วัน รายที่ 2 จำนวน 2 วัน เนื่องจากกรณีที่ 1 มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงมากกว่าระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลจึงนานกว่า

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว , การผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง , นิ่วในถุงน้ำดี

Abstract

This study was comparative study of two patients who undertotal anesthesia in laparoscopic gallstone surgery admitted to Pol Hospital, Khon Kaen Province in July 2024. In patients who under total anesthesia in laparoscopic gallstone surgery, using the conceptual framework of the 5-step nursing process in the health assessment stage, data were collected and analyzed according to Gordon's 11 health patterns to compare health status data. ursing diagnosis in the pre-anesthesia stage During the anesthesia and anesthesia phase.

The results of the study showed that both patients were diagnosed with gallstones and were treated by laparoscopic surgery, but the first patient had inflammation of the gallbladder. He was obese, and according to the evaluation by physical examination, it was found that he had difficulty intubating. Case study 1 found 13 nursing diagnoses, case study 2 found 10 follow-up visits to patients before surgery, care during surgery, and follow-up visits after surgery and anesthesia. Coordinate with ward nurses in transmitting surgical and anesthesia information. Jointly plan nursing to prevent risks and alleviate various disturbances of patients, including concerns about surgery and anesthesia. Risk of intubation and anesthesia Discomfort from the pain of the surgical wound, both patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

were cared for until their symptoms subsided. The doctor decided discharge, Length of hospital stay Case 1 is 4 days, Case 2 is 2 days, due to case 1 has severe symptoms and is more risky than the length of hospital stay, so the length of hospital stay is longer.

Keywords: Whole Body Anesthesia , Laparoscopic Surgery , Gallbladder Stones

บทนำ

อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นโรคที่พบได้บ่อยประมาณ 5 – 10 ของประชากรโดยโดยพบในหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5:1 ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุ 70 ปีพบได้ประมาณร้อยละ 15 -30[1] ซึ่งโรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เกิดจากการตกผลึกของหินปูนหรือคอลเรสเตอรอลที่มีอยู่ในน้ำดี จากการติดเชื้อของทางเดินน้ำดีและความไม่สมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี การตกผลึกของสารเหล่านี้อาจทำให้เกิดก้อนนิ่วเพียงก้อนเดียวหรือก้อนเล็กหลาย ๆ ก้อนก็ได้โรคจะรุนแรงเมื่อก้อนนิ่วหลุดเข้าไปในท่อน้ำดี หรือถุงน้ำดีทำให้เกิดการอุดตัน ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือหากมีอาการก็จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วถุงน้ำดี ได้แก่ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholecystitis) เมื่อมีนิ่วไปอุดกั้นท่อถุงน้ำดีทำให้น้ำดีคั่งอยู่ในถุงเกลือน้ำดีจะไประคายเคืองผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบ การอุดกั้นท่อน้ำดีทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน และถุงน้ำดีที่อุดกั้นโดยนิ่วทำให้มีแรงดันสูง มีลักษณะโป่งตึง ผนังบวม มีเลือดมาเลี้ยงมาก หลอดเลือดในผนังถุงน้ำดีถูกกดทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตาย (Gangrene of Gallbladder) ถุงน้ำดีจะกลายเป็นหนองและแตกตามมา ถ้าการอักเสบลุกลามไปที่ท่อน้ำดีร่วมจะทำให้ท่อน้ำดีร่วมบวมและเกิดการอุดกั้นของทางเดินน้ำดีตามมาได้[2]

โรงพยาบาลพล เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โซนใต้ จังหวัดขอนแก่น มีวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์โรงพยาบาล คณะกรรมการ Service plan สาขาศัลยกรรมจึงมีการพัฒนาเพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโดยการพัฒนาการผ่าตัดผ่านกล้อง ปี 2566 โรงพยาบาลพลได้เริ่มมีการทำหัตการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง ปี 2566 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้อง 12, 15 รายซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการบริการด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้การให้บริการด้านวิสัญญีมีส่วนสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด นอกเหนือไปจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงจากการผ่าตัดและการให้บริการวิสัญญีเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญทักษะ ประสบการณ์ความสามารถในการตัดสินใจตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์การเฝ้าระวังและปฏิบัติงาน มิฉะนั้นอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดจากการผ่าตัดและการบริการทางวิสัญญีได้ วิสัญญีพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดภายใต้การควบคุมของวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ที่ทำหัตถการ กระบวนการในการทำงานนั้นเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึกเพื่อประเมินสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัด วินิจฉัยปัญหาและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างการผ่าตัดมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือแก้ไขภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด มีการประสานงานกับวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เมื่อเสร็จการผ่าตัดมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อติดตามผลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก[3]

จากความสำคัญข้างต้น ผู้ศึกษาได้สนใจศึกษากระบวนการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่งร่างกาย ในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง เพื่อจะได้ทราบถึง

กระบวนการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่งร่างกายในการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้องที่มีความเหมาะสมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ในเดือน กรกฎาคม 2567 จำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในขั้นตอนกากรประเมินภาวะสุขภาพรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะก่อนระงับความรู้สึก ระหว่างระงับความรู้สึก และระยะหลังระงับความรู้สึก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ประวัติและการตรวจร่างกาย	หญิงไทยอายุ 59 ปี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รูปร่างอ้วน BMI BMI 27.91 kg/m2 : มีภาวะอ้วน (obesity) Mallampati class 3 (มีความยากในใส่ท่อช่วยหายใจมาก: Difficult intubation) Laryngoscopic view grade 4 (มองไม่เห็นสายเสียง)	หญิงไทยอายุ 42 ปี ไม่มีโรคประจำตัว BMI 19.84 kg/m2 Mallampati class 1 Laryngoscopic view grade 1 (มองเห็นสายเสียง)	การวิเคราะห์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีของผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา นิ่วในถุงน้ำดีส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิงอายุมากกว่า 40 ปี นอกจากนั้นปัจจัยเรื่องความอ้วน เป็นสาเหตุที่ทำให้ปริมาณคลอเรสเตอรอลในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นได้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวโรคเบาหวานจะมีแนวโน้มที่ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี[1] มีภาวะอ้วน Mallampati class 3 มีความเสี่ยงสูงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก[4]
2.แบบแผนสุขภาพ	เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขาดการรับยาเนื่องจากคิดว่าตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ต้องรับยาที่โรงพยาบาล ชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด ของมัน ชอบรับประทานประเภทเนื้อสัตว์ อาหารจานด่วน	มีอาการปวดเรื้อรังใต้ชายโครงขวา แต่ปวดไม่มากคิดว่าเป็นการปวดเมื่อยธรรมดา มาตรวจสุขภาพประจำปีแพทย์ตรวจพบว่ามีนิ่วในถุงน้ำดี ชอบอาหารประเภทปรุงด้วยการทอด เครื่องในสัตว์ ไม่ชอบประกอบอาหารเองมักจะซื้อจากร้านค้า	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับประทานอาหารไขมันสูงเป็นประจำสอดคล้องกันการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี เนื่องจากนิ่วในถุงน้ำดี เกิดจาก cholesterol เป็นสารที่สร้างมาจากเซลตับ แล้วปล่อย ลงมากับน้ำดี ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่ตับจะขับcholesterol ส่วนเกินออกจากร่างกายไปทางน้ำดี โดยปกติ cholesterol จะไม่ละลายไปกับน้ำดี แต่ตับจะต้องสร้างสารตัวทำละลาย 2 ตัว คือ bile acid และ lecithin เพื่อ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			cholesterol ละลายในน้ำดี ดังนั้นเมื่อตับสร้าง bile acid และ lecithin น้อยลงทำให้cholesterol ไม่ละลาย ในน้ำดี เกิดการจับตัวกันและตกผลึกจนมีขนาดใหญ่ขึ้น[5]
3.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	-9 ชั่วโมงก่อนมา หลังรับประทานขนมมีอาการปวดจุดท้อง รับการรักษาที่คลินิก อาการไม่ทุเลา 30 นาทีปวดมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ:อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที หอบเหนื่อย SpO2 97 % Room Air) BP 134/81 mmHg	-ปวดใต้ชายโครงขวา เป็น ๆหาย ๆ มาประมาณ 1 ปีแพทย์ทำ Ultrasound พบว่ามี Gall stone แพทย์จึงนัดผ่าตัด แรกรับ :อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO2 99 % (Room Air) BP 108/66 mmHg	กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีการอักเสบของถุงน้ำดี โดยแสดงผ่านสัญญาณชีพที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่า 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที และมีอัตราการหายใจที่มากกว่า 16 ครั้งต่อนาที ตรวจหน้าท้องกดเจ็บใต้ชายโครงด้านขวา Murphy'S Sign Positive, Right Upper Quadrantและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนเม็ดเลือดขาวในร่างกายมากกว่าปกติ ผล Ultrasound Finding
4.การตรวจพิเศษ /ทางห้องปฏิบัติการ	U/S: Finding gallbladder ขนาด 9.2*4.5 เซนติเมตร มี Pericholecystic fluid, bile sludge, พบก้อนนิ่ว WBC16,89 สูง Neu 84 สูง DTX 233 สูง	U/S: Finding multiple small gall stone WBC 5,630 ปกติ Neu 53 ปกติ DTX 132 สูง (อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ Keep 70-150)	gallbladder ขนาด 9.2*4.5 เซนติเมตร มี Pericholecystic fluid, bile sludge,พบก้อนนิ่ว จากพยาธิสภาพผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระยะที่มีการติดเชื้อและการอักเสบของถุงน้ำดีซึ่งจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องเพราะโดยทั่วไปศัลยแพทย์จะทำการรักษาการภาวะอักเสบให้ผ่านไปก่อนจึงค่อยนัดมาทำการผ่าตัดในภายหลังแต่จากการปรึกษาของทีมศัลยแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณที่บ่งชี้ว่าความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดหากปล่อยไว้นานซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและก่อเกิดความซับซ้อนในกระบวนการดูแลรักษามากยิ่งขึ้นประกอบกับศัลยแพทย์เป็นผู้มีความชำนาญในการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง ทีมสหวิชาชีพจึงร่วมกันตัดสินใจผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ในทันทีด้วยวิธีผ่าตัดแบบส่องกล้อง กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการที่แสดงถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต มีแต่อาการปวดเรื้อรัง เมื่อมารับการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจพบโดยบังเอิญว่ามีนิ่วในถุงน้ำดีประกอบกับผู้ป่วยต้องการการรักษาอาการปวดชายใต้ชายโครงและอาการจุกแน่นหลังรับประทานอาหารที่เป็นมา
5.การวินิจฉัยแรกรับ การวินิจฉัยเมื่อจำหน่าย	-Cholecystitis with Gall stone - Gangrenous Cholecystitis	-Gall stone - Subsided Cholecystitis	
7.การระงับความรู้สึก	General Anesthesia with Endotracheal tube with Balance Technique Anesthesia (เวลา 3 ชั่วโมง)	General Anesthesia with Endotracheal tube with Balance Technique Anesthesia (เวลา 2 ชั่วโมง)	โดยทั่วไปนิยมใช้วิธีดมยาสลบใส่ท่อช่วยหายใจและควบคุมการหายใจสำหรับ Laparoscopy Cholecystectomy และ open Cholecystectomy ซึ่งสามารถควบคุมการทำงานของระบบไหลเวียนและการหายใจได้ดี โดยเฉพาะถ้าใช้เวลาในการผ่าตัดนานและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอาการหนักด้วยใช้เวลาน้อยมากสำหรับการดมยาสลบ กล้ามเนื้อทั่วร่างกายหย่อนตัวดี ผู้ป่วยหลับนิ่ง ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้สะดวก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ดีสำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง ไม่ให้ความร่วมมือ ปัญญาอ่อน หูหนวก หรืออุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ภาษา แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration pneumonia ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีกระเพาะอาหารเต็ม การควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ อาจเพิ่มความดันของ Airway ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของ Pneumothorax โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง ข้อเสียอื่น ๆ เช่น เจ็บคอ เสียงแหบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ
			คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดซึ่งอาการต่าง ๆ จะทุเลาลงภายใน 24 – 48 ชั่วโมง[6] กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia with Endotracheal tube with Balance Technique การดูแลในระหว่างและหลังระงับความรู้สึกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ
8.วินิจฉัยการพยาบาล	**ระยะก่อนผ่าตัด** 1. มีภาวะติดเชื้อในร่างกายจากนิ่วในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน 2.ภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากประเมินพบ ภาวะ Difficult Airway 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก **ระยะนำสลบ/ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก** 4เสี่ยงต่อภาวะการขาดออกซิเจน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและระหว่างระงับความรู้สึก 5.เสี่ยงต่อภาวะ Light anesthesia และรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness)	**ระยะก่อนผ่าตัด** 1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก **ระยะนำสลบและระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก** 2 เสี่ยงต่อภาวการณ์ขาดออกซิเจน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและระหว่างระงับ ความรู้สึก 3. เสี่ยงต่อภาวะ Light anesthesia และรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness) 4.เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) 5.เสี่ยงต่อภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercarbia) 6..เสี่ยงต่อการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกตัวช้า	ในระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษารายที่1 มีโรคประจำตัวที่อยู่ในระยะไม่ได้รับการควบคุม มีภาวะอ้วนและมีภาวะการอักเสบในร่างกาย พบว่ามีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 1 ได้แก่ มีภาวการณ์ติดเชื้อในร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ในระยะนำสลบและระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก มีข้อวินิจฉัยพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 คือมีควาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในระยะหลังผ่าตัดมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่แตกต่างกัน
	6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 7.เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) 8.เสี่ยงต่อภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercarbia)	7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการผ่าตัด laparoscopy **ระยะหลังผ่าตัด** 8.เสี่ยงต่อภาวะหนาวสั่น (Shivering) เนื่องจากระยะการผ่าตัดนาน	

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	9.เสี่ยงต่อการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกตัวช้า 10.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการผ่าตัด laparoscopy **ระยะหลังผ่าตัด** 11.เสี่ยงต่อภาวะหนาวสั่น (Shivering) เนื่องจากระยะการผ่าตัดนาน 12.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง 13.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	9.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง 10.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	

ตารางที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาล

ระยะ	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด	1.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้งและ Metronidazole 500 mg (v) ทุก 8 ชั่วโมง 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 3.ดูแลให้สารน้ำ ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคการปลอดเชื้อ 4.ประเมินบันทึกสารน้ำเข้าและออก 5.ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 6.อธิบายถึงความจำเป็นในการผ่าตัดและระงับความรู้สึก 7.ดูแลให้งดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง 8. สอนและสาธิตการไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาการพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก 8.รายงานแพทย์วิสัญญีแพทย์และทีมวิสัญญีเรื่องประเมินพบผู้ป่วยมีภาวะ Difficult intubation 9.เตรียมความพร้อมเครื่องมือและทบทวนแนวปฏิบัติสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยากตาม Guide line ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์กำหนด เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น Video Laryngoscope, Laryngeal mask airway ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ 10.ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจ ก่อนให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 11.ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความรวดเร็ว และตรึงให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 12.สังเกตุสีของริมฝีปากปลายมือปลาย เท้าให้แดงอยู่เสมอ 13.สังเกตการหายใจว่ามีภาวะขาดออกซิเจนหรือไม่ หายใจเร็วขึ้นหรือหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้อง 14. ปรับออกซิเจนในเครื่องดมยาสลบเพื่อเป็น Supplement อย่างน้อย 33 % 15. ควบคุมการหายใจให้ Tidal volume 7 -10 มล/กก. อัตราการหายใจ 10 – 12 ครั้ง/นาที 16. ตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของ ออกซิเจน ตลอดเวลาและบันทึกทุก 5 นาที 17.ควบคุมการหายใจให้เพียงพอทั้ง tidal volume และอัตราการหายใจ 18.ให้ยาระงับความรู้สึก ยาแก้ปวด ยาดมสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ 19.ประเมินอาการทั่วไปเช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ตื่นช้า 20..ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชม
ระยะนำสลบและระหว่างให้	21..ดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอตามการคำนวณการให้สารน้ำระหว่างการระงับความรู้สึก 22.ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง รักษาระดับความลึกของการสลบให้เหมาะสม

ตารางที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาล

ระยะ	กิจกรรมการพยาบาล
ยาระงับความรู้สึก	23.ห่มผ่าคลุมบริเวณร่างกายที่สัมผัสอากาศภายนอก 24.ใช้เครื่องเป่าลมร้อนคลุมร่างกายบริเวณที่ไม่ได้ผ่าตัด 25.ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้ค่อนข้างอุ่น 26.อุ่นสารน้ำก่อนให้ผู้ป่วย 27.ลดปริมาณยาดมสลบ Sevoflurane ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว แต่เสริมด้วยยาแก้ปวด Fentanyl แทน 28. เฝ้าระวังและบันทึกระดับความดันในช่องท้องจากหน้าจอเครื่อง Laparoscopy ไม่ให้เกิน 15 mmHg 29ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจตลอดเวลา 30.เฝ้าระวังดูค่า End-tidal CO2 จากเครื่องวัดให้อยู่ในระดับ 30 – 40 mmHgถ้ามีค่าสูงขึ้นต้องรีบหาสาเหตุและแก้ไขทันที 31.จัดท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 32.เฝ้าระวังภาวะ Pneumothorax โดยตรวจสอบระบบหายใจของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 33.เฝ้าระวังภาวะ Subcutaneous emphysema คลำบริเวณ อก ชายโครงและไหล่ ตั้งแต่ในระยะผ่าตัด จนถึงระยะพักฟื้น 34.พิจารณาการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อในเวลาที่เหมาะสม คือเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการหายใจกลับมาแล้ว 35.ดูดเสมหะบริเวณท่อช่วยหายใจ ปากและคอ ไม่ให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ 36.ให้ออกซิเจนให้เพียงพอเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดมขับถ่ายออกทางลมหายใจได้เร็วขึ้น 37.ให้ออกซิเจน 100 % ทาง face Mask 8 LPM 38.หลังการประเมินการหายใจ ผู้ป่วยทำตามคำบอก จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนศีรษะสูง 45 องศา 39.กระตุ้นการหายใจของผู้ป่วยโดยการปลุกให้ตื่น 40.กระตุ้นการหายใจและการไอเพื่อขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้เครื่องดูดเสมหะช่วยระบายเสมหะในกรณีไอขับเสมหะออกได้น้อย เพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น นำไปสู่การหายใจเองอย่างมีประสิทธิภาพ
ระยะพักฟื้น / หลังผ่าตัด	41.สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที 42.ประเมินคะแนนความปวด จัดท่าหัวสูงประมาณ 45 องศา ขณะไอแนะนำผู้ป่วยวางมือข้างที่ผ่าตัดบริเวณใต้ชายโครง เพื่อบรรเทาอาการปวด 43.ให้ยาแก้ปวด Fentanyl ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการจัดการความปวด

ประเมินผลการพยาบาล

สรุปภาวะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องสีหน้าสดชื่นขึ้น ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง BS 172 mg% ไม่อาการคลื่นไส้อาเจียน ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดได้ยินเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีเสียงผิดปกติ คลำบริเวณท้องและทรวงอกไม่มี Subcutaneous emphysema ไม่เจ็บคอ ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี ปวดตึงแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 1 – 2 คะแนน ไม่ได้รับยาแก้ปวด รับประทานอาหารอ่อนได้ดีท้องไม่อืด อุณหภูมิ 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่หอบเหนื่อย Spo2 98 % (Room Air) ความดันโลหิต 140/90-150/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้นัดติดตามอาการที่งานผู้ป่วยนอกแผนกตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลพลวันที่ 18 กรกฎาคม 2567 **Home Medication** ได้ Ciprofloxacin 500 มิลลิกรัม 1 tab Oral 2 เวลาหลังอาหาร 5 วัน,Metronidazole 200 มิลลิกรัม 2 tab Oral 3 เวลาหลังอาหาร 5 วัน,Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 tab Oral

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องสีหน้าสดชื่นขึ้น ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่อาการคลื่นไส้อาเจียน ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดได้ยินเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีเสียงผิดปกติ คลำบริเวณท้องและทรวงอกไม่มี Subcutaneous emphysema ไม่เจ็บคอ ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี ปวดตึงแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 1 – 2 คะแนน ไม่ได้รับยาแก้ปวด รับประทานอาหารอ่อนได้ดีท้องไม่อืด อุณหภูมิ 36.5-36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่หอบเหนื่อย Spo2 98 % (Room

Air) ความดันโลหิต 98/60-120/74 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการที่งานผู้ป่วยนอกแผนกตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลพล วันที่ 1 สิงหาคม 2567 Home Medication - Ciprofloxacin 500 มิลลิกรัม 1 tab Oral 2 เวลาหลังอาหาร 5 วัน,Metronidazole 200 มิลลิกรัม 2 tab Oral 3 เวลาหลังอาหาร 5 วัน, Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 tab Oral เมื่อจำเป็นเวลาปวดแผล วางแผนการจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลพล โทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการมาตรวจตามแพทย์นัด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาทั้ง 2 กรณีผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ซึ่งเป็น Elective case แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพและสภาวะการเจ็บป่วยแตกต่างกันทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกที่แตกต่างกัน การจัดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านการวางแผนการดูแล สมรรถนะของบุคลากร มาตรฐานการพยาบาลและความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมิน วิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหาภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที สามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทันสมัยด้วยเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ในด้านการรักษา ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในเรื่องการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผู้ป่วยจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนถึงวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ จึงควรมีทักษะความชำนาญให้พร้อมและทันสมัยอยู่เสมอ วิสัญญีพยาบาลและบุคลากรในทีมผ่าตัดควรได้รับการอบรมเฉพาะทางและมีการพัฒนาสมรรถนะ และนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและปลอดภัย และเพื่อนำมาซึ่งประสิทธิผลของการผ่าตัดและการเสริมสร้างความรู้ที่จะนำมาพัฒนางานเกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้องอื่น ๆ และต้องทำควบคู่ไปกับการพยาบาลด้านจิตใจและการดูแลต่อเนื่องถึงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ (2563) การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด ในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. ภิญญาลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตติ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถึงน้ำดีและมีโรคร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(1) 131-138.
3.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพล .(2567) รายงานข้อมูลห้องผ่าตัด ปี 2564 – 2567 .โรงพยาบาลพล.
4. พิชยา ไวทยะวิญญู.(2563). Common and Serious Complications of Anesthesia. พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัทพี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
5. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องท่อ. วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์,นรุตม์ เรือนอนุกูล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด, 2562:249-267
6. ดรุณี สมบูรณ์กิจ และคณะ(2561) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3), 24 – 34

7.ธมลวรรณ ยอดกลกิจ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน, และรังสิมา เที่ยงเธียรธรรม.(2561).การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 5(I), 1-18

8. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2558).การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพฯ . ราชวิลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก.กรุงเทพฯ :ราชวิลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.

9.ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2557). แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม http://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Gall stone%20.html.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดา และภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี

Effect of Hybrid Discharge Planning Program on Knowledge Skills among Mothers of Premature Infants and Postpartum Complications of Premature Infants at Kumphawapi Hospital.

(Received: February 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ณพัชญา สืบมา[1]
Napatchaya Suebma[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดา และภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยใช้รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567 จำนวน 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี และแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด แบบประเมินทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด มีความรู้(t= 9.88, p-value <0.001, 95% CI = 4.23 – 6.43) และทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด(t=8.17, p-value <0.001, 95% CI = .66 – 7.76) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริด, ความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดา, ภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด

ABSTRACT

This study aimed to examine the effects of a hybrid discharge planning program on maternal knowledge, infant care skills, and complications in premature infants at Kumphawapi Hospital. A quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach was employed. The sample comprised 33 mothers of premature infants admitted to the neonatal intensive care unit at Kumphawapi Hospital between April - June 2024, selected through purposive sampling. Research instruments included the hybrid discharge planning program, a knowledge test on premature infant care, and a maternal infant care skills assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and frequency distribution, as well as inferential statistics using the paired t-test.

The results revealed that after participating in the hybrid discharge planning program, mothers demonstrated significantly higher knowledge (t = 9.88, p-value < 0.001, 95% CI = 4.23–6.43) and infant care skills (t = 8.17, p-value < 0.001, 95% CI = 0.66–7.76) compared to pre-intervention levels, with statistical significance set at 0.05.

Keywords: Hybrid discharge planning, maternal knowledge, infant care skills, premature infant complications

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดหมายถึงทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยทั่วไปทารกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะประสบภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพหรือภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในอนาคต แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของมารดาจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับความสนใจในการแก้ไขและป้องกัน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก[1] ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนทารกที่เกิดทั้งหมด 134.7 ล้านราย โดยในจำนวนนี้มีทารกที่คลอดก่อนกำหนดถึง 13.4 ล้านราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 ของทารกที่เกิดทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตภายในช่วงอายุ 5 ปีแรกประมาณ 1 ล้านราย สาเหตุหลักมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รายงานว่า อัตราการเกิดของทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 11.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับโลก[2]

การคลอดก่อนกำหนดไม่เพียงแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome: RDS) การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis: NEC) และภาวะเลือดออกในสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและสมองในระยะยาว [3] ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดสามารถจำแนกออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพของมารดา เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน อายุของมารดา โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐสังคม เช่น ระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจของมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสเข้าถึงการดูแลก่อนคลอด (Antenatal Care) ที่เหมาะสม[4]

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่จะต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) เนื่องจากภาวะอวัยวะที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบภูมิคุ้มกัน ทารกเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รุนแรง และในบางกรณีอาจมีภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง เช่น สมองพิการ (Cerebral Palsy) ความผิดปกติทางพัฒนาการ และปัญหาด้านการเรียนรู้ในวัยเด็ก นอกจากนี้มารดาที่มีประสบการณ์การคลอดก่อนกำหนดมักมีภาวะความเครียดทางอารมณ์สูง และอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) นอกจากนี้ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความต้องการพิเศษทางการแพทย์ ยังส่งผลให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระทางเศรษฐกิจและเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ การรักษาใน NICU ต้องใช้ทรัพยากรทั้งทางด้านบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ขั้นสูง นอกจากนี้ การดูแลระยะยาวยังต้องมีการติดตามพัฒนาการของเด็กและการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งเพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ [4]

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้มารดาได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและเป็นระบบ เพื่อเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการ การ

ใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อลดความรุนแรงของ RDS ในทารก และการจัดทำโปรแกรมสนับสนุนทางจิตใจสำหรับมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง สำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลควรเน้นการดูแลอย่างใกล้ชิดใน NICU และการให้การสนับสนุนหลังจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การติดตามการเจริญเติบโต การให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และการส่งเสริมโครงการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับเด็กที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการผิดปกติ[4]

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นหน่วยงานที่ให้บริการการรักษาทารกแรกเกิด พบว่า สถิติทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งปีงบประมาณ 2564- 2566 พบว่ามีจำนวน 35 ราย, 34 ราย และ 53 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าทารกกลุ่มนี้ ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากจำหน่ายด้วยโรคที่สำคัญได้แก่ ตัวเหลือง, Neonatal sepsis, น้ำหนักไม่ขึ้น และชีดจากการดำเนินงานที่ผ่านพบว่า หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอน ไม่มีแผนการสอนหรือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และสื่อที่ใช้ในการสอนในอดีตมักจะเป็นเอกสาร ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องความน่าสนใจ และต่อเนื่องในการสื่อสารและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความรู้ที่ยั่งยืน[5] อีกทั้งปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารมีการพัฒนาและเจริญก้าวหน้าไปอย่างมาก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงควรต้องมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย การนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชั่นไลน์ที่กำลังได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบันมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งต้องเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง แม่นยำและทันต่อยุคสมัยที่เหมาะกับบริบทของตนเอง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ได้รับความรู้ที่ต่อเนื่อง[5] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริด ต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการลดจำนวนวันนอนที่รักษาในโรงพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลดการกลับมารักษาโรคซ้ำในโรงพยาบาล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนด อีกทั้งส่งเสริมคุณภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของครอบครัว พัฒนาศักยภาพและคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
3. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–Experimental One Group Pre–test Post–test Design) เปรียบเทียบวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริด ต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังใช้

โปรแกรม และอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษา คือ มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567 จำนวน 33 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ระหว่าง 32 ถึง 36 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567

2. ไม่มีความพิการแต่กำเนิดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือใช้ออกซิเจนขณะทำการศึกษา

3. มารดามีสติสัมปชัญญะ รู้ตัวดี สามารถพูด ฟัง อ่านภาษาไทย สื่อความหมายได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

และเกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ

1. มารดาที่คลอดทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32 ถึง 36 สัปดาห์ ที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เขียว หยุดหายใจ มีภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

2. ไม่สามารถติดต่อได้หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. มารดาปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ประกอบด้วย

1.1คู่มือการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลักการ D-METHOD[4] ประกอบด้วย

Diagnosis (D): การให้ความรู้ในเรื่องในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด รวมถึงสาเหตุ อาการอาการที่สำคัญ แนวทางการตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

Medicine (M): การแนะนำในเรื่องการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละชนิด ทั้งขนาดวิธีใช้ ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ อาการข้างเคียงข้อควรระวังและข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

Environment (E): การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย แนะนำเรื่องสิทธิการรักษา

Treatment (T): อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะตรวจ การปฏิบัติตัวหลังตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ และรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ การจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H): ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อน การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

Outpatient Referral (O): ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อของความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

Diet: ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1.2 การให้ความรู้มารดาแบบอธิบายและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลบุตรในเรื่องการนับหายใจและการวัดอุณหภูมิกาย การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง การอาบน้ำเด็ก การให้นมแม่และนมผสม การดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกมีอาการผิดปกติของการหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ และการให้ยากิน

1.3 การดูแลทารกผ่าน Line application community O&A

1.4 Tele home visit nursing เพื่อติดตามอาการมารดาและทารกหลังการจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุครรภ์เมื่อคลอด ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารก เพศของทารก น้ำหนักแรกเกิดของทารก จำนวนวันที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล น้ำหนักของทารกในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกิติยาพร สังฆศรีและชรินทร์พร มะชะรา[4] จำนวน 25 ข้อโดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ของBest[6] ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 ขึ้นไป

ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงไป

3) แบบประเมินทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาของกิติยาพร สังฆศรีและชรินทร์พร มะชะรา[4] จำนวน 28 ข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วน (rating scale) ประมาณค่า 3 ระดับ โดยเกณฑ์การแบ่งระดับทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา[6] ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60 - 79.99 ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 - 100 ระดับสูง

4) แบบติดตามเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและแบบประเมินทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาของกิติยาพร สังฆศรีและชรินทร์พร มะชะรา[4] โดยแบบทดสอบความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson: KR-20) เท่ากับ 0.87 และส่วนแบบประเมินทักษะใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัยด้วยตัวเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อพิจารณาการตรวจสอบ

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังจากที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี ลงนามอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่ได้นำเสนอ แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด

1.2 แบบทดสอบความรู้ของเรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.3 แบบประเมินทักษะของมารดา ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ Hybrid ประกอบด้วย

2.1การวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D METHOD

2.2Line application O&A ในการติดตามอาการหลังจำหน่าย (หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์)

2.3Tele home visit nursing (ในวันที่ 7 และวันที่ 14 หลังจำหน่าย)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมดังต่อไปนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.2 แบบประเมินทักษะของมารดา ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.3 แบบบันทึก อุบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567 หมายเลขโครงการวิจัย KPEC 010/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.09 ปี (S.D.= 5.86) โดยกลุ่มที่มีอายุ 20 – 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 18.2 ขณะที่อายุต่ำสุดอยู่ที่ 18 ปี และอายุสูงสุด 41 ปี ในด้านการศึกษามารดาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 48.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.3 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.2 ในส่วนของอาชีพ พบว่ากลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ มีมากที่สุด ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือกลุ่มค้าขาย ร้อยละ 24.2 กลุ่มเกษตรกรรม ร้อยละ 15.2 และกลุ่มรับราชการพนักงาน ลูกจ้างของรัฐ ร้อยละ 6.1 สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มารดาส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 21.2 กลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 18.2 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีรายได้เลยมีอยู่ ร้อยละ 12.1 และกลุ่มที่มีรายได้ 100 – 1,000 บาท มีร้อยละ 6.1 ในเรื่องประสบการณ์ในการดูแลทารก พบว่ามารดาส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ดูแลทารกมาก่อน ร้อยละ 60.6 ขณะที่ร้อยละ 39.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ ในด้านเพศของทารกที่เกิด พบว่าทารกเพศชายมีมากกว่าทารกเพศหญิง คือร้อยละ 54.5 และ 45.5 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิดของทารกเฉลี่ยอยู่ที่ 2,081.97 กรัม (S.D. = 402.16 กรัม) และมีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 16.45 วัน (S.D. = 25.63 วัน) โดยระยะเวลานอนรักษาตัวต่ำสุดคือ 2 วัน และสูงสุด 163 วัน น้ำหนักของทารกในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 2,349.09 กรัม (S.D. = 416.62 กรัม)

2. ความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด

ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 17.48 คะแนน (S.D.=2.74) อยู่ในระดับระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 22.82 คะแนน(S.D.= 1.10) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 ระดับปานกลาง 18 คน ร้อยละ 48.5 และระดับต่ำ 8 คน ร้อยละ 24.2 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความรู้เรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=9.88, p-value <0.001, 95% CI = 4.23 – 6.43)

3. ทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 21.79 คะแนน(S.D.=4.36) อยู่ในระดับระดับสูง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 28.00 คะแนน(S.D.= 0.00) อยู่ในระดับสูงเมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ระดับปานกลาง 13 คน ร้อยละ 39.4 และระดับต่ำ 7 คน ร้อยละ 21.2 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูงทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=8.17, p-value <0.001, 95% CI = .66 – 7.76)

4. ภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด

หลังการทดลองใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปีพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะแทรกซ้อนการดูดนมได้น้อยทำให้น้ำหนักตัวขึ้นช้า จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=9.88, p-value <0.001, 95% CI = 4.23 – 6.43) สามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวส่งผลเชิงบวกต่อการพัฒนาความรู้ของมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาที่ส่งเสริมให้มารดามีความเข้าใจที่ดีขึ้น ได้แก่ การให้นม การสังเกตอาการของทารก และการจัดการ

ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวข้องกับการบีบเก็บน้ำนมและการดูแลอุณหภูมิร่างกายของทารกที่มีอัตราการตอบถูกต้องร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามารดามีความเข้าใจที่ต่ำในบางประเด็นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่ทารกแรกเกิดได้รับ ซึ่งมีอัตราการตอบถูกเพียงร้อยละ 39.4 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเน้นย้ำข้อมูลที่สำคัญผ่านการฝึกอบรมซ้ำๆ จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยช่วยให้มารดามีความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา กิติมา[7] ศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่น พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่น พบว่า หลังการใช้รูปแบบไลน์แอปพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นและปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของกิติยาพร สังฆศรีและชรินทร์พร มะชะรา[4] ศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=4.57$, $p <0.05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.88$, $p=0.003$) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับการให้ความรู้ในรูปแบบการสอนที่น่าสนใจและทันสมัย ได้แก่ การให้ความรู้แบบอธิบายและสาธิต ภาพแผ่นพลิก วิดีทัศน์ หุ่นทารก และแอปพลิเคชั่น LINE OA เป็นอีกทางเลือกที่สะดวกทันยุคทันสมัย และมารดาสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ด้วยตนเอง พยาบาลและมารดาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้ และปภาณิน ศรีแสง[8] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 5.711$, $p =.0001$)

และหลังการทดลองใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดต่อความรู้ ทักษะการดูแลบุตรของมารดาและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($t=8.17$, p-value <0.001, 95% CI = .66 – 7.76) สามารถอภิปรายผลได้ว่า การวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดเป็นแนวทางที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ทางวิชาการและการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยเสริมสร้างทักษะของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวสามารถปฏิบัติทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของการให้ยากินและการอาบน้ำเด็ก ซึ่งมีอัตราการปฏิบัติที่ถูกต้องถึงร้อยละ 100 การปรับปรุงทักษะของมารดาอาจเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับผ่านโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นโดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลทารก เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย การให้อาหาร และ

การสังเกตสัญญาณอันตรายของทารก ทำให้มารดาสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปดูแลบุตรที่บ้าน นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ยังช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น และสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยพบว่าทักษะบางด้าน เช่น การนับอัตราการหายใจของทารก และการทราบค่าปกติของอุณหภูมิร่างกาย มีอัตราการปฏิบัติที่ถูกต้องต่ำกว่าทักษะอื่น ๆ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่ามารดายังขาดความเข้าใจในแนวคิดที่เป็นนามธรรม หรืออาจยังไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติจริงในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความแม่นยำสูง ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มแนวทางการสอนที่เน้นการฝึกฝนซ้ำ ๆ และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลเพื่อช่วยให้มารดาเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนว่าการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิพร บุสทิพย์[9] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธาฎี พรตเจริญ และคณะ[10] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t35.92 = 14.40$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีการจัดทำโปรแกรมการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้มารดาสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. ควรเพิ่มเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับวัคซีนที่จำเป็นสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดามีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามและให้คำปรึกษาหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยอาจใช้ระบบออนไลน์หรือการนัดหมายเพื่อประเมินความเข้าใจและทักษะของมารดาในการดูแลทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และทักษะของมารดากับภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่าย เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อสุขภาพของทารกในระยะยาว

2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบไฮบริดกับแนวทางการให้ความรู้แบบดั้งเดิม เพื่อพิจารณาว่าแนวทางใดให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในการพัฒนาความรู้และทักษะของมารดา

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบว่าความรู้และทักษะที่มารดาได้รับจากโปรแกรมยังคงส่งผลดีต่อการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปีหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัย

ขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization (WHO). Preterm birth [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2025 ก.พ. 23]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/preterm-birth

2.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนติดตามผลการดำเนินงานโครงการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/01/66-Plan-to-follow-up-on-the-performanceof-major-projects-v2.pdf

3.วนิสา หะยีเซะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, มยุรี ยีปาโล๊ะ.(2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 13(1):39-55.

4.กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา.(2564). ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 29(3):333-345.

5.โรงพยาบาลกุมภวาปี.(2566). Service profile หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลกุมภวาปี. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี.

6.Best JW.(1977). Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

7.กัลยา กิติมา.(2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่. 31(2):60-74.

8.ปภาณิน ศรีแสง.(2563). ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 4(7):144-152.

9.นันทิพร บุสทิพย์.(2566). ผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

10.เมธาวี พรตเจริญ, คณะ.(2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.31(3):1-12.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.1 January-March 2025

ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์

The development outcomes of a program to promote advertising authorization for private sanitariums in Buri Ram Province.

(Received: March 3,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

วรรณิภา ประกอบสิน[1] กนกพร ชนะค้า[2] ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์[3]
Wannipa Prakobsin[1], Kanogporn Chanakha[2], Piyaporn Polpradubpet[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)นี้ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณา ประกอบด้วย 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา ระยะที่ 3 นำไปใช้ และระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่ขออนุญาตโฆษณา จำนวน 38 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ จำนวน 3 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา One sample T-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 จัดทำคู่มือให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณา กิจกรรมที่ 2 พัฒนาระบบให้คำปรึกษาผ่าน LINE Official Account กิจกรรมที่ 3 พัฒนา เว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงในการโฆษณา กิจกรรมที่ 4 พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Access เพื่อจัดทำหนังสืออนุมัติโฆษณา และกิจกรรมที่ 5 พัฒนาแนวทางการขออนุญาตโฆษณา ซึ่งทำให้ผลการพิจารณาอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลแบบไม่มีแก้ไขร้อยละ 76.06 ระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) และผลการประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่นฯ ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด (4.70±0.22)
คำสำคัญ: การโฆษณา, สถานพยาบาลเอกชน, การคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This action research examined the situation, developed a program, and assessed the outcomes of the advertising authorization promotion program. The study consisted of four phases: (1) situation analysis, (2) program design and development, (3) implementation, and (4) evaluation. The study sample included 38 private sanitariums operators applying for advertising authorization and 3 officials from the consumer protection unit, selected through purposive sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, a one-sample t-test, and content analysis.

The findings revealed that the developed advertising authorization promotion program comprised five key activities: development of a guideline manual for advertising authorization applications, implementation of an advisory system via LINE Official Account, development of a web application to check for inappropriate advertising content, creation of a computer program Microsoft Access to generate advertising approval documents and establishment of guidelines for advertising authorization procedures. As a result, 76.06% of advertisements were approved without requiring any revisions. The total processing time for advertising approval was significantly shorter than the standard threshold (p = .000). Furthermore, the overall efficiency evaluation of the web application indicated the highest level of effectiveness, with a mean score of 4.70±0.22.
Keywords: Advertising, Private Sanitariums, Consumer Protection

[1] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
[2] เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
[3] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ในปัจจุบันธุรกิจด้านการแพทย์และ ความงาม ถือเป็นธุรกิจที่มาแรงติดอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศไทย ด้วยพฤติกรรมของประชาชนที่เริ่มหันมาใส่ใจและดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งกระแสสังคมปัจจุบันที่ให้ความสำคัญต่อรูปลักษณ์ และความงาม[1] ทำให้การประกอบกิจการของสถานพยาบาลเอกชนมีมากขึ้น ประกอบกับมีการแข่งขันทางธุรกิจ การประชาสัมพันธ์หรือการโฆษณาเกี่ยวกับการให้บริการของสถานพยาบาลจึงมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตทางธุรกิจ โดยเฉพาะทาง สื่อออนไลน์ ที่มีผลให้ประชาชนตัดสินใจเลือกรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชน[2]

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งเป็นองค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านบริการสุขภาพ พิจารณาแล้วเห็นว่า ณ ปัจจุบัน มีการใช้ข้อความโฆษณาชักชวนในลักษณะเป็นเท็จทำให้เข้าใจผิดว่า เป็นจริง หรือการใช้ข้อความหรือรูปภาพโอ้อวดเกินความจริง กรณีดังกล่าวถือเป็นการโฆษณาที่มีเจตนาเพื่อชักชวนให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้บริโภคและสังคมโดยรวม ดังนั้น เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการควบคุมการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559[3] ร่วมกับการบังคับใช้ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลพ.ศ. 2562[4] ซึ่งการควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลตามกฎหมายดังกล่าว[3,4] เป็นอีกหนึ่งภารกิจด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพราะหากประชาชนผู้รับบริการหลงเชื่อการโฆษณาที่โอ้อวดเกินจริง เป็นเท็จหรือปกปิดความจริง และเข้ารับบริการ อาจตกเป็นเหยื่อได้รับการเสริมความงามที่ไร้คุณภาพ มาตรฐาน จนเกิดผลข้างเคียงได้

จากข้อมูลสถานการณ์การขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีผู้ประกอบการสถานพยาบาลจำนวนมากยังไม่ทราบข้อกฎหมายการขออนุญาตโฆษณาและขาดความรู้เรื่องการใช้ข้อความที่ถูกต้องในการโฆษณา ยังคงมีการโฆษณาที่เข้าข่ายโอ้อวดเกินจริง ทำให้เกิดการพิจารณาไม่อนุมัติโฆษณา สถานพยาบาล บางแห่งเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอไม่ครบถ้วน จึงต้องทำการแก้ไขหรือส่งเอกสารเพิ่มเติม และไม่มีโปรแกรมในการออกหนังสืออนุมัติโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ทำให้บางครั้งเกิดความล่าช้าในการอนุมัติโฆษณา ประกอบกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลก่อนหน้านี้เป็นเพียงการศึกษา เชิงพรรณนาที่ศึกษาความชุก[5] หรือสถานการณ์การโฆษณาในแต่ละจังหวัด[6,7] ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงในการโฆษณา หรือการออกหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสถานการณ์ ลักษณะคำหรือข้อความและแนวทางการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณา และศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยจะนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานและส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนให้ถูกต้อง ตามกฎหมาย สะดวก ลดระยะเวลาในการอนุมัติโฆษณา ตลอดจนเกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภคที่จะ ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดจากการใช้ข้อความโฆษณาที่โอ้อวดเกินความจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ลักษณะคำหรือข้อความ และแนวทางการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ.2567 - มกราคม พ.ศ.2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ลักษณะคำหรือข้อความที่สถานพยาบาลเอกชนใช้ในการโฆษณาและผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนย้อนหลังจากเอกสารคำขออนุมัติโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2566 จำนวน 45 ฉบับ และศึกษาแนวทางการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ทำการศึกษาในเดือนมกราคม พ.ศ.2567

ระยะที่ 2 ออกแบบและดำเนินการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน ศึกษาในเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 โดยประชุมกลุ่มย่อยและระดมสมอง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559[3] 2) ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562[4] 3) คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[8] และ 4) ตัวอย่างข้อความ แนวทางการพิจารณาอนุมัติ/ไม่อนุมัติข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล กองกฎหมาย กลุ่มงานโฆษณาและพิจารณาเปรียบเทียบคดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[9]

ระยะที่ 3 นำกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ไปใช้ ในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2567

ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน ทำการศึกษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยศึกษาผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาล และประเมินระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล นอกจากนี้จะประเมินประสิทธิภาพ เว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีความประสงค์จะขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาล จำนวน 136 คน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ประกอบการสถานพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีความประสงค์จะขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาล ในเดือนมีนาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ร้องขอไม่เข้า/ยกเลิก (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย (3) กรณีข้อความที่ใช้ในการโฆษณาสถานพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางคำนวณสำเร็จรูป[10] ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 34 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดอีก 10% ทางผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 38 คน

2. เภสัชกรที่ได้รับแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการโฆษณา ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานโฆษณา

สถานพยาบาล จำนวน 3 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ประเภทสถานพยาบาล ช่องทางที่ขออนุญาตโฆษณา ส่วนที่ 2 ลักษณะคำหรือข้อความที่ใช้ในการยื่นขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาล และประเด็นข้อความที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และส่วนที่ 3 ผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาล ซึ่งแบบบันทึกข้อมูลพัฒนาจากแบบฟอร์มคำขออนุมัติโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[4] และคู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[8]

2. แบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามตามแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศ (Information Systems Success Model) ที่ออกแบบโดย William H. DeLone และ Ephraim R. McLean[11] และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่น ได้แก่ คุณภาพของข้อมูล คุณภาพของระบบ คุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ที่ได้รับ ทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีระดับการให้ความเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด 2 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพน้อย 3 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพปานกลาง 4 หมายถึง เว็บ แอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมาก 5 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท[12] รวมคะนนทั้งหมดเพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ซึ่งจะแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับความเห็นได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง เว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินประสิทธิภาพเว็บ แอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน และคำนวณหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 0.78 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์และเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานได้แก่ One sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยเปรียบเทียบระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลกับค่ามาตรฐานของระยะเวลารวมตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด[13] ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-029

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์สถานพยาบาลที่ยื่นคำขออนุญาตโฆษณาในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2566 พบว่า มีสถานพยาบาลยื่นคำขอ 17 แห่ง และมีจำนวนคำขอ 45 ฉบับ สถานพยาบาลประเภทคลินิกเวชกรรมยื่นคำขอมากที่สุด 10 แห่ง (ร้อยละ 58.83) จำนวนคำขอ 31 ฉบับ (ร้อยละ 68.89) รองลงมาเป็นคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 4 แห่ง (ร้อยละ 23.53) จำนวนคำขอ 6 ฉบับ (ร้อยละ 13.33) และคลินิกทันกรรม 1 แห่ง (ร้อยละ 5.88) จำนวนคำขอ 4 ฉบับ (ร้อยละ 8.89) ช่องทางที่ยื่นคำขอพบว่า ช่องทาง สื่ออินเทอร์เน็ตมีจำนวนคำขอมากที่สุด 39 ฉบับ (ร้อยละ 86.67) ในกลุ่มนี้เป็นการโฆษณาผ่าน สื่อเฟซบุ๊กมากที่สุด 16 ฉบับ (ร้อยละ 41.03) รองลงมาเป็นแผ่นป้ายจำนวน 4 ฉบับ (ร้อยละ 8.89) ผลการศึกษาลักษณะคำหรือข้อความที่สถานพยาบาลใช้ในการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง[3,4,8,9] ที่พบมากที่สุดคือ มีการโฆษณายาหรือเครื่องมือแพทย์ (ร้อยละ 59.52) รองลงมาคือ การโฆษณาบริการทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับรองจากสภาวิชาชีพ (ร้อยละ 14.29) และการใช้ภาพบุคลากรทางการแพทย์โดย ไม่ระบุรายละเอียด (ร้อยละ 11.91) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการใช้บริการโดยไม่ได้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม มีข้อความให้ "ฟรี" โดยไม่กำหนดเงื่อนไขให้ชัดเจน และแจ้งบริการโรคที่ไม่มีอยู่ในสาขาที่ผู้ประกอบวิชาชีพมีหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร ผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาลพบว่า มีผู้ประกอบการยื่นคำขออนุญาตโฆษณา 45 ฉบับ เป็นการอนุมัติแบบ ไม่มีแก้ไข 30 ฉบับ (ร้อยละ 66.67) อนุมัติแบบมีแก้ไขคือการตัดคำ/ข้อความหรือการให้ส่งเอกสารเพิ่มเติม จำนวน 15 ฉบับ (ร้อยละ 33.33) และไม่พบคำขออนุญาตโฆษณาที่ไม่มีการอนุมัติ

ผลการศึกษาแนวทางการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ปีพ.ศ. 2566 พบว่า มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ประกอบการสถานพยาบาลติดต่อขอรับเอกสารแบบคำขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการกรอกแบบคำขอ และการเตรียมเอกสารประกอบการขออนุญาต 2) เจ้าหน้าที่ตรวจความครบถ้วนถูกต้องของเอกสาร หากเอกสารไม่ครบถ้วน หรือกรอกข้อมูลไม่ถูกต้อง พนักงานเจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ประกอบการแก้ไข 3) เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อความเบื้องต้นโดยใช้การอ่านทีละข้อความหากตรวจพบว่ามีการใช้ข้อความที่ไม่สามารถโฆษณาได้ จะแจ้งให้ผู้ประกอบการแก้ไขและส่งเอกสารใหม่ หากข้อความสามารถใช้โฆษณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำเอกสารประกอบการลงนามอนุมัติโฆษณา โดยจะพิมพ์หนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลตามแบบฟอร์มโดยใช้ Microsoft Word และไม่มีการจัดเก็บข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน ทำให้ได้กิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 จัดทำคู่มือให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน กิจกรรมที่ 2 พัฒนาระบบให้คำปรึกษาผ่าน LINE Official Account กิจกรรมที่ 3 พัฒนาเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ กิจกรรมที่ 4 พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Access ในการจัดการฐานข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาและพัฒนาแบบฟอร์มหนังสืออนุมัติโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน และกิจกรรมที่ 5 พัฒนาแนวทางการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน โดยนำกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานและพัฒนาเป็นแนวทางการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดบุรีรัมย์

ระยะที่ 3 ผลการนำกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ไปใช้ พบว่า

3.1 การใช้งานเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณา มีการเข้าใช้งานทั้งหมด 114 คน จำนวนครั้งการเข้าใช้งาน 437 ครั้ง ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าใช้งาน 1 นาที 37 วินาที ผลการค้นหาพบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยง 240 ครั้ง ไม่พบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยง 216 ครั้ง

3.2 ข้อมูลจำนวนฉบับของหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล และข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลรายอำเภอ พบว่า มีการออกหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Access ทั้งหมด 71 ฉบับ พื้นที่อำเภอที่มีสถานพยาบาลขออนุญาตโฆษณามากที่สุดคือ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 39 ฉบับ (ร้อยละ 54.93) รองลงมาคืออำเภอนางรอง จำนวน 15 ฉบับ (ร้อยละ 21.13) และอำเภอประโคนชัย จำนวน 7 ฉบับ (ร้อยละ 9.86) ตามลำดับ

ระยะที่ 4 ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์

4.1 ผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2567พบว่า มีจำนวนคำขอ 71 ฉบับ เป็นการอนุมัติแบบไม่มีแก้ไข 54 ฉบับ (ร้อยละ 76.06) อนุมัติแบบมีแก้ไขคือการตัดคำ/ข้อความ หรือการให้ส่งเอกสารเพิ่มเติม จำนวน 17 ฉบับ (ร้อยละ 23.94) และไม่พบคำขออนุญาตโฆษณาที่ไม่มีการอนุมัติ

4.2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลกับ เกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.000) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐานของระยะเวลารวมที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด[13]

เกณฑ์มาตรฐาน (วัน)	ระยะเวลารวมเฉลี่ย (วัน)	S.D.	t	p-value
30	7.11	3.25	43.49	.000*

* p-value < 0.05

4.3 ผลการประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N=38)

ผู้ประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่นเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.3 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 65.8 ตำแหน่งผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ร้อยละ 78.9

ผลการประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเว็บ แอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมากที่สุดทั้งในด้านคุณภาพของระบบ (4.67±0.28) คุณภาพของข้อมูล (4.39±0.25) คุณภาพของการบริการ (4.84±0.27) ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมากที่สุด (4.79±0.29) และประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุด (4.81±0.34) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N=38)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. คุณภาพของระบบ	4.67	0.28	มากที่สุด
2. คุณภาพของข้อมูล	4.39	0.25	มากที่สุด
3. คุณภาพของการบริการ	4.84	0.27	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน	4.79	0.29	มากที่สุด
5. ประโยชน์ที่ได้รับ	4.81	0.34	มากที่สุด
ภาพรวม	4.70	0.22	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาสถานการณ์สถานพยาบาลที่ยื่นคำขออนุญาตโฆษณาในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2566 พบว่า มีสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอทั้งหมด 17 แห่ง มีจำนวนคำขอ 45 ฉบับ สถานพยาบาลประเภทคลินิกเวชกรรมมีการยื่นคำขอมากที่สุดร้อยละ 58.83 อาจเนื่องจากคลินิกเวชกรรมสามารถมีบริการเพิ่มเติมด้านเสริมความงาม ซึ่งมีการแข่งขันที่สูง มีการเปิดบริการใหม่เพิ่มมากขึ้น ทุกปี ทำให้คลินิกเวชกรรมใช้การโฆษณาเพื่อเป็นการเชื้อเชิญหรือจูงใจให้ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปเห็นบริการของคลินิกมากที่สุด และตัดสินใจมาเลือกใช้บริการที่คลินิกของตนเองได้ง่ายขึ้น[14] สอดคล้องกับผลศึกษาของวาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน[2] ที่ทำการศึกษาผลของการพัฒนาการให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุดรธานีที่พบว่า คำขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุดรธานี เป็นคำขอจากสถานพยาบาลประเภทคลินิกเวชกรรม ร้อยละ 50 ในส่วนของช่องทางที่ขออนุญาตโฆษณา พบว่า ช่องทาง สื่ออินเทอร์เน็ตมีจำนวนคำขอมากที่สุด ร้อยละ 86.67 ในกลุ่มนี้เป็นการโฆษณาผ่านสื่อเฟซบุ๊กมากที่สุด ร้อยละ 41.03 เนื่องจากช่องทางการโฆษณาทางสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางที่สะดวกและรวดเร็ว และสื่อเฟซบุ๊กก็เป็นช่องทางที่ประชาชนทั่วไปใช้กันมาก และเข้าถึงได้ง่ายจากทุกเครื่องมือสื่อสาร

ผลการศึกษาลักษณะคำหรือข้อความที่สถานพยาบาลเอกชนใช้ในการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง[3,4,8,9] ที่พบมากที่สุดคือ มีการโฆษณายาหรือเครื่องมือแพทย์ (ร้อยละ 59.52) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา ศิริสวัสดิ์[6] และการศึกษาของอรรถพล คนต่ำ และวุฒิไกร ยศกำธร[7] ที่พบว่ามีเนื้อหาการโฆษณายาหรือเครื่องมือแพทย์ ซึ่งการที่ยังพบการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายอยู่ อาจเป็นเพราะการตรวจสอบโฆษณาทางสื่อออนไลน์ทำได้ยากกว่าการโฆษณาทั่วไป เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวค่อนข้างรวดเร็ว เผยแพร่ไปยังกลุ่มคนได้ไม่จำกัด ดังนั้นมาตรการในการกำกับโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง[7] นอกจากนี้อาจเกิดจากผู้ประกอบการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการโฆษณาสถานพยาบาล ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลและพัฒนาคู่มือให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกฎหมายต่างๆ[3,4,8,9] ตัวอย่างเอกสารหลักฐานประกอบการขออนุญาตโฆษณาในแต่ละช่องทาง และแนะนำการใช้เว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณา เพื่อให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจข้อกฎหมายและใช้คำในการโฆษณาสถานพยาบาลได้ถูกต้องมากขึ้น เป็นการส่งเสริมคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมในด้านการโฆษณาสถานพยาบาลต่อไป

ผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนที่ยื่นคำขอในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2566 พบว่า มีผู้ประกอบการยื่นคำขอ 45 ฉบับ เป็นการอนุมัติแบบไม่มีแก้ไขร้อยละ 66.67 และอนุมัติแบบมีแก้ไขร้อยละ 33.33 เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า มีการใช้ข้อความโฆษณา เช่น “ฟิลเลอร์” “โบท็อกซ์” ซึ่งเป็นการโฆษณายาหรือเครื่องมือแพทย์ นอกจากนี้ยังพบข้อความ “เวชศาสตร์ชะลอวัย” “สเต็มเซลล์” หรือ “PRP” ซึ่งเป็นการโฆษณาบริการทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับรองจากสภาวิชาชีพ เป็นต้น

ผลการศึกษาแนวทางการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ.2566 จะดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล[3] แต่ยังไม่มีช่องทางให้คำปรึกษาออนไลน์ ทำให้ผู้ประกอบการต้องเดินทางนำส่งเอกสารหลายครั้ง ไม่มีระบบให้ผู้ประกอบการตรวจสอบข้อความโฆษณาก่อนส่งเอกสาร และไม่มีระบบจัดการฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ พิมพ์รายละเอียดหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลตามแบบฟอร์มใน Microsoft Word ซึ่งเกิดความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง และเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน

2. ผลการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน ทั้ง 5 กิจกรรม จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานและพัฒนาเป็นแนวทางการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนจังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 1)

การใช้ LINE Official Account ให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาล ส่งเอกสารแบบคำขอ ส่งคู่มือคำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน แนะนำการใช้เว็บแอปพลิเคชั่นระบบคัดกรองข้อความโฆษณาสถานพยาบาล และแจ้งผลพิจารณาโฆษณาเบื้องต้นหรือข้อแก้ไข 2) ให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาโดยใช้คู่มือคำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนที่จัดทำขึ้น 3) ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่พิจารณาข้อความโฆษณาโดยใช้เว็บแอปพลิเคชั่นที่พัฒนาขึ้นร่วมกับศึกษากฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 4) จัดทำหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลและจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Access

3. ผลการนำกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์ ไปใช้ พบว่า

3.1 การใช้งานเว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการเข้าใช้งานทั้งหมด 114 คน โดยนับจำนวนคนเข้าใช้งานจากรหัสไอพีของอุปกรณ์ จำนวนครั้งการเข้าใช้งาน 437 ครั้ง ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าใช้งาน 1 นาที 37 วินาที อธิบายได้ว่า เว็บใช้งานง่าย แสดงข้อมูลได้รวดเร็ว แสดงผลการค้นหาที่ตรงกับสิ่งที่ต้องการ ทำให้มีระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าใช้ไม่มาก ซึ่งการที่ผู้ประกอบการตรวจสอบข้อความโฆษณาและแก้ไขให้เหมาะสมก่อนการส่งเอกสาร จะช่วยลดขั้นตอนการทำงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ช่วยในการประหยัดค่าใช้จ่ายในการพิมพ์เอกสารหลายครั้ง และลดระยะเวลาในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาลงได้

3.2 การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Access ในการจัดเก็บข้อมูลและออกหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาล ทำให้มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถแสดงสถิติจำนวนหนังสืออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลแยกตามอำเภอ แยกตามช่องทางการขออนุญาต และใช้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาลที่มีอยู่ในโปรแกรมในการออกหนังสืออนุมัติโฆษณาได้โดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลใหม่ ช่วยลดระยะเวลาและลดความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลได้

4. การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดบุรีรัมย์

4.1 ผลการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2567 พบว่าเป็นการอนุมัติแบบไม่มีแก้ไขร้อยละ 76.06 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมในปีพ.ศ.2566 ที่อนุมัติแบบไม่มีแก้ไขร้อยละ 66.67 แสดงให้เห็นว่า การจัดทำคู่มือให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณา ร่วมกับการให้คำแนะนำผู้ประกอบการรายบุคคล หรือการให้คำปรึกษาทาง LINE official Account ตลอดจนการใช้เว็บแอปพลิเคชั่นคัดกรองข้อความโฆษณา ทำให้ผลการพิจารณาโฆษณาอนุมัติแบบไม่มีแก้ไขมากขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้ข้อความโฆษณามากขึ้น

4.2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ระยะเวลารวมในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[13] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.000) แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาทั้ง 5 กิจกรรมช่วยลดระยะเวลาในการดำเนินการอนุมัติโฆษณาได้ แต่เมื่อพิจารณากฎหมายควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาลของประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งแม้จะใช้ระบบการอนุญาต และระบบคณะกรรมการเช่นเดียวกับประเทศไทย แต่กระบวนการพิจารณาของประเทศเกาหลีใต้จะดำเนินการโดยองค์คณะพิจารณาเพียงชั้นเดียว จึงทำให้ขั้นตอน สั้น กระชับ และใช้ระยะเวลาพิจารณาน้อยกว่าของประเทศไทย[15]

4.3 ผลการประเมินประสิทธิภาพ เว็บแอปพลิเคชั่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับใช้ในการโฆษณาสถานบริการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพมากที่สุดทั้งในด้านคุณภาพของระบบ (4.67±0.28) คุณภาพของข้อมูล

(4.39±0.25) คุณภาพของการบริการ (4.84±0.27) ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมากที่สุด (4.79±0.29) และประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุด (4.81±0.34) จะเห็นว่าในด้านคุณภาพของข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น เมื่อพิจารณารายข้อในส่วนของข้อคำถาม “ข้อมูลมีการแสดงผลที่ง่ายต่อการอ่าน” (3.97±0.37) และ” ระบบสามารถแสดงผลได้กระชับ และเข้าใจง่าย” (4.03±0.43) ซึ่งแปลผลได้ว่าเว็บแอปพลิเคชั่นมีประสิทธิภาพในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการแสดงผลการค้นหาที่ยึดหลักตามข้อกฎหมาย เป็นความเรียงยาวต่อเนื่องกัน ทำให้ยากต่อการอ่านและการทำความเข้าใจภาษาทางกฎหมาย นอกจากนี้เว็บแอปพลิเคชั่นที่พัฒนาขึ้นเป็นเพียงการคัดกรองข้อความเบื้องต้น การพิจารณาอนุมัติโฆษณาอาจขึ้นกับบริบท ความหมายของข้อความ และดุลยพินิจของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลของแต่ละจังหวัด โปรแกรมส่งเสริมการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและขยายผลสู่พื้นที่จังหวัดอื่น เพื่อกำกับติดตามให้เกิดการโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมาย ลดขั้นตอนและระยะเวลาพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาล ลดการใช้ทรัพยากร ลดภาระของเจ้าหน้าที่ และยังเป็นการส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขควรมีการให้ข้อมูลด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาลให้ผู้ประกอบการทราบอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามข้อกฎหมาย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานส่วนกลางควรพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการออกหนังสืออนุมัติโฆษณา เช่นระบบตรวจสอบข้อความที่ควรหลีกเลี่ยงในการโฆษณาหรือระบบยื่นคำขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลออนไลน์ที่สามารถใช้ได้ทั่วประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ในระดับภูมิภาค ตลอดจนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้ประกอบการที่ให้ข้อมูล และ พนักเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาและคอยสนับสนุนในทุกกระบวนการ ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. กรม สบส.ร่วม คปภ.พัฒนาประกันภัยเสริมความงาม คุ้มครองผู้รับบริการ-แพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2566 [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2567]. ที่มา: https://www.hfocus.org/content/2023/07/28011
2. วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน. ผลของการพัฒนาการให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. วารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) 2566; 3(1): 248-59.
3. กลุ่มพัฒนากฎหมาย กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563. หน้า 12.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 289 ง (ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2562).
5. ชฎากร บุญสิน. ความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(2): 415-23.

6. วิภา ศิริสวัสดิ์. การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9:วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562; 13(31): 92-104.
7. อรรถพล คนต่ำ และวุฒิไกร ยศกำธร. สถานการณ์โฆษณาทางสื่อออนไลน์ของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ONLINE) 2566; 3(2): 63-74.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2559 [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2567]. ที่มา: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=2631
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ตัวอย่างข้อความแนวทางการพิจารณาอนุมัติ/ไม่อนุมัติข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2559 [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2567]. ที่มา: https://hss.moph.go.th/filedownload_sprs.php
10. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. การวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพรส; 2535. หน้า 155.
11. DeLone, William H, and McLean, Epharim R. The DeLone and McLean. Model of information Systems Success: A Ten-Year Update. JMIS 2003; 4: 9-30.
12. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development. Department of Parks. Recreation and Tourism Management: Clemson University; 2006.
13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประชาชน: การขออนุมัติการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2559 [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2567]. ที่มา: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/advertise_manual.pdf
14. พรรัตน์ ชาญชวณิชย์, พอดี สุขพันธ์, ปรามศึก หวลประไพ. กลยุทธ์การตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจกลับมาใช้บริการคลินิกศัลยกรรมเสริมความงามในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564; 4(1): 61-81.
15. ธนโชติ แสนคำ. ความจำเป็นในการกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณากิจการสถานพยาบาล. วารสารนิติพัฒน์ นิด้า 2562; 8(1): 41-55.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา ในพื้นที่อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

Development of Health Promotion Program on Occupational Health and Safety for Rubber Farmers in Kuankalong District, Satun Province.

(Received: March 3,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

วรายุส วรรณวิไล[1] สันติพงษ์ ทองหอม[1]
Warayut Wanwilai[1] Santiphong Thonghom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพาราในอำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล การศึกษานี้เป็นการการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรสวนยางพาราจำนวน 60 คน ที่มีอายุ 20-65 ปี และมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน เช่น การสัมผัสสารเคมี ปัจจัยทางการยศาสตร์ และอันตรายจากสัตว์มีพิษ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย วางแผน และกำหนดกิจกรรม โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมี การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การใช้ท่าทางที่เหมาะสมในการทำงาน และมาตรการป้องกันอันตรายจากสัตว์มีพิษ หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานลดลงร้อยละ 34.78 มีอาการปวดเมื่อยลดลงร้อยละ 31.81 และผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานดีขึ้น เช่น การสวมถุงมือและรองเท้าบูทขณะทำงานในสวนยางพารา สวมหน้ากากป้องกันสารเคมีขณะใช้สารเคมี รวมถึงความพึงพอใจในโปรแกรมที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม

คำสำคัญ: สุขภาพเกษตรกร, เกษตรกรสวนยางพารา, ความปลอดภัยในการทำงาน

Abstract

This research aimed to develop and evaluate a health promotion program for occupational safety among rubber farmers in Kuankalong District, Satun Province. The study was research and development (R&D). The sample consisted of 60 rubber farmers aged 20–65 years with at least one year of work experience. Data were collected through interviews, focus group discussions. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings indicated that farmers faced occupational health risks such as chemical exposure, ergonomic factors, and hazards from venomous animals. The program, developed with input from the researchers and participants, focused on raising awareness about chemical hazard prevention, muscle stretching, proper posture during work, and measures to avoid dangers from venomous animals. After the program trial, participants experienced a 34.78% reduction in work-related injuries or illnesses, a 31.81% reduction in work-related musculoskeletal disorders, and improved protective behaviors, such as wearing gloves and boots while working in the rubber plantation and using chemical protective masks during chemical application.

Keywords: Farmer health, Rubber farmers, Work safety

[1] กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

บทนำ

การทำสวนยางพารา เป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานและความอดทนในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มต้นด้วยการเตรียมพร้อมและปลูกยางพารา การใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช การใส่ปุ๋ย การกรีดยาง และการผลิตยางแผ่น ทำให้วิถีชีวิตของเกษตรกรสวนยางพารามีความแตกต่างจากการดำรงชีวิตตามปกติ ซึ่งเกษตรกรมักกรีดยางตั้งแต่เวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น. ของเช้าวันใหม่ บางรายทำงานต่อเนื่องจนถึงช่วงสายและกลับมาทำยางแผ่นในเวลา 10.00 น.[1] โดยจากการศึกษาอันตรายในการทำงานและปัญหาสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพาราในประเทศไทย พบว่า เกษตรกรสวนยางพาราเกือบครึ่งหนึ่ง สัมผัสกับสารเคมี ส่วนใหญ่เคยได้รับอันตรายจากแมงป่อง และบางส่วน มีความเครียดจากงานสูง นอกจากนี้ เกษตรกรยังมีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในระดับสูงเมื่อเก็บน้ำยาง ปัญหาสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพาราที่พบ ได้แก่ ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก อาการซึมเศร้า และโรคผิวหนังอักเสบ นอกจากนี้ เกษตรกรชาวสวนยางพาราของไทยเกือบครึ่งหนึ่งเคยประสบอุบัติเหตุในการทำงาน ส่วนใหญ่มีปัญหาการมองเห็นและครึ่งหนึ่งมีการทำงานของปอดผิดปกติ[2] อันตรายจากการทำงานของเกษตรกรสวนยางพาราสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผลกระทบเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงเกี่ยวเนื่องกับการเกิดโรคอันตรายอื่น ๆ เช่น ภาวะความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมักเกิดขึ้นพร้อมกับโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด[3,4] นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย[5] หรือการทำงานกลางคืนสามารถส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเผาผลาญ ระบบสืบพันธุ์ในสตรี ปัญหามะเร็ง หรืออาการวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นต้น[6,7,8] ซึ่งการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานดังกล่าว นำไปสู่ค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลจำนวนมากได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังขาดการรายงานข้อมูลการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานหรือโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา[9] ดังนั้น เกษตรกรสวนยางพาราจึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง ป้องกัน เฝ้าระวัง และให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารา ในพื้นที่อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล
2. เพื่อประเมินผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรด้านความปลอดภัยในการทำงานในกลุ่มเกษตรกรสวนยางพารา ต่อการเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของเกษตรกร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจากข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย/การบาดเจ็บจากการทำงาน ข้อมูลการทำงานในปัจจุบัน ข้อมูลสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

ขั้นตอนที่ 2 คืนข้อมูลจากการสำรวจ และจัดการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยออกความเห็นเกี่ยวกับประเด็นอันตรายในการทำงาน และกิจกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลทางวิชา และเป็น facilitator สังเกตการณ์มีส่วนร่วม และประเด็นสำคัญในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาโปรแกรมและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมทางด้านวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีระยะการทดลองใช้ระยะแรก เป็นเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลครั้งที่ 1 และสะท้อนความคิดเห็น ภายหลังจากมีการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ 3 เดือน ดำเนินการติดตามประเมินผล เก็บข้อมูลการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานของผู้เข้าร่วมวิจัย และสะท้อนความเห็นจากผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 7 นำโปรแกรมไปใช้ ระยะที่ 2 เป็นเวลา 3 เดือน และประเมินผลโดยจัดกลุ่มรับฟังความเห็นความพึงพอใจต่อโปรแกรม และประเมินผลโดยใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

พื้นที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

คัดเลือกพื้นที่อำเภอควนกาหลง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมสวนยางพารามากที่สุดในจังหวัดสตูลเป็นพื้นที่การศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา มีอายุ 20 - 65ปี ต้องทำเกษตรกรรมสวนยางพารามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ TWH01-PCU แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพคนทำงานองค์รวม โดยกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ประยุกต์ใช้ร่วมกับ แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อของ อัมรินทร์ คงทวีเลิศ (2562) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก) Standardized Nordic Questionaire [SNQ]) ของคูรินกาและคณะ)Kuorinka et al., 1987) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด การตรวจสุขภาพเบื้องต้น อาชีพปัจจุบัน โรคประจำตัว การเจ็บป่วยโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน ข้อมูลการทำงานปัจจุบัน ข้อมูลสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน พฤติกรรมความรู้สึก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 สรุปความเสี่ยง และส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการปวด/ความเมื่อยล้า/ความรู้สึกไม่สบายกลุ่มอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มตัวอย่างเก็บรวมข้อมูล แนวคำถามการสนทนากลุ่มในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำงาน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมต่อการเสนอแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การสะท้อนความเห็นต่อการพัฒนาโปรแกรมและความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา) Content Analysis) ข้อมูลเชิง

ปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการเก็บแบบสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.67 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31- 59 ปี ส่วนใหญ่มีประวัติการทำงานมากกว่า 20 ปี ขึ้น ไป ร้อยละ 51.67 ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีอาชีพเสริมที่ทำร่วมกับทำสวนยางพารา ร้อยละ 20 ได้แก่ ทำสวนปาล์มน้ำมัน เลี้ยงสัตว์ ปลูกพืชผัก ข้อมูลสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ให้ข้อมูลการทำงานที่สัมผัสสัตว์และแมลงมีพิษและมีปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ เช่น การยกของหนัก ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ ร้อยละ 58.30 มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารเคมี เช่น สารกำจัดศัตรูพืช ปุ๋ยเคมี กรดฟอร์มิค และแอมโมเนีย ร้อยละ 53.33 ให้ข้อมูลการทำงานในที่ที่มีแสงน้อยหรือแสงจ้าเกินไป และร้อยละ 20 ให้ข้อมูลการทำงานในที่ที่มีอากาศร้อน ส่วนการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลมีการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 73.33 โดยมีอาการปวดเมื่อยรยางค์ส่วนบน ได้แก่ ไหล่ หลัง แขน ข้อมือ ร้อยละ 36.67 รยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ เข่า ขา น่อง และข้อเท้า ร้อยละ 16.67 และมีอาการปวดทั้งรยางค์ส่วนบนและรยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ ไหล่ แขน ข้อมือ หลังส่วนล่าง และเข่า ร้อยละ 20 อาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานที่พบรองลงมาได้แก่ พบว่าถูกแมลงมีพิษกัดหรือต่อยร้อยละ 20 และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน พบร้อยละ 16.67 ได้แก่ เปลือกยากระเด็นเข้าตา และการหกล้มในสวน

การพัฒนาและดำเนินการตามโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและคืนข้อมูลให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาวางแผนการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน และจากการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) เกษตรกรสวนยางมีแนวทางดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม บางแนวปฏิบัติอาจยังไม่เหมาะสม เช่น การป้องกันสารเคมีที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่สวมถุงมือหรือหน้ากากป้องกันสารเคมี ไม่มีการสวมรองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน สวมเสื้อไม่มีแขนเสื้อแขนสั้น การทำงานในท่าทางที่เสี่ยงต่ออาการบาดเจ็บ เช่น ก้มโค้ง เอี้ยวตัว บิดข้อมือโดยไม่มีการหยุดพักหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการใช้แสงสว่างที่ไม่เหมาะสมระหว่างการทำงาน รวมถึงไม่มีการป้องกันสัตว์มีพิษขณะปฏิบัติงาน ซึ่งจากมติของการจัดประชุมและการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงมติดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยในการทำงาน ใน 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การป้องกันอันตรายจากสัตว์มีพิษ 2) การป้องกันอันตรายจากปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ 3) การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3) การทำงานในที่แสงน้อย

จากการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในระยะที่ 1 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจในกิจกรรมภายในโปรแกรมโดยสามารถปฏิบัติได้ง่ายตามกิจวัตรประจำวัน โดยมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสื่อการให้ความรู้และสามารถเข้าใจง่ายมากขึ้น โดยให้เน้นสื่อที่เป็นคลิปวิดีโอ แสดงภาพและเสียงที่มีความน่าสนใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อแนะนำมาปรับปรุงกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพความปลอดภัย และนำไปใช้ในระยะที่ 2 โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังตารางที่ 2

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ก่อนและหลังดำเนินการผู้เข้าร่วมวิจัยมีการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 76.67 และ ร้อยละ 50.00 ลดลงร้อยละ 34.78 มีอาการการอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ ลดลงร้อยละ 31.81โดยพบอาการปวดเมื่อยรยางค์ส่วนบน ไหล่ หลัง แขน ข้อมือ หลังดำเนินการร้อยละ 26.67 ลดลงร้อยละ 27.27 รยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ เข่า ขา น่อง และข้อเท้า ร้อยละ 10.00 ลดลงร้อยละ 40.00 และอาการปวดทั้งรยางค์ส่วนบนและรยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ ไหล่ แขน ข้อมือ หลังส่วนล่างและเข่า ร้อยละ 13.33 ลดลงร้อยละ 33.33 และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ยังพบ คือการบาดเจ็บจากการหกล้มร้อยละ 6.67 ลดลงร้อยละ 60.00 และไม่พบอุบัติเหตุจากมีดบาด หรืออุบัติเหตุอื่นๆ

นอกจากนี้ จากการรวบรวมข้อมูลจากการเสวนากลุ่ม พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ป้องกันอันตรายจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ มีการสวมถุงมือผ้าเคลือบยางกันลื่นบริเวณฝ่ามือ เพื่อป้องกันแมลงมีพิษ การสวมรองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน สวนเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว สวมถุงมือหน้ากากกันสารเคมี ขณะใช้สารเคมี และผู้เข้าร่วมวิจัยยังมีความพึงพอใจในการดำเนินการตามโปรแกรม โดยได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น ทั้งจากการอบรมความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย และเป็นความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำเกษตรกรรมสวนยางพารา มีความสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของตน แตกต่างจากเดิมที่การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพแบบทั่วไป ไม่ได้มีความจำเพาะเจาะจง และได้มีกิจกรรมในการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ได้มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีความยินดีที่ได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิด กำหนดแผนงาน แนวทาง วิธีการดำเนินงาน เป็นต้นแบบในการดำเนินงาน และขยายผลการดำเนินงานไปยังเครือข่าย ชุมชนอื่นๆ

สรุปและอภิปรายผล

เกษตรกรสวนยางพารามีความเสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน เช่น การสัมผัสสารเคมี ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม อากาศร้อน และสัตว์มีพิษ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิญญา และคณะ[10] ที่ศึกษาความเสี่ยงด้านสุขภาพของเกษตรกรไทยและพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเกษตรกรได้แก่ การใช้สารเคมี การยกของหนัก และการทำงานซ้ำ ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการปวดกล้ามเนื้อและอุบัติเหตุจากการทำงานได้

จากการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานลงได้ เช่น การใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยขึ้น และการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานเพื่อป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Anurak Wongta และคณะ[11] ที่ระบุว่า การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสุขภาพอาชีวอนามัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการทำงานในภาคเกษตรกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ การป้องกันอันตรายจากสัตว์มีพิษ พบว่า มีการใช้มาตรการป้องกันสัตว์มีพิษเพิ่มขึ้น เช่น การสวมรองเท้าบูท และการจัดการพื้นที่ทำงานเพื่อลดที่อยู่อาศัยของสัตว์มีพิษ งานวิจัยของ Punguy [12] ระบุว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับสัตว์มีพิษและมาตรการป้องกันช่วยลดอัตราการถูกกัดต่อยในกลุ่มเกษตรกรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ ก่อนดำเนินโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยรายงานอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสูงถึงร้อยละ 73.33 หลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่าอาการปวดเมื่อยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Punnett & Wegman[13] ที่ระบุว่า การปรับท่าทางการทำงานและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการยศาสตร์สามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อในแรงงานภาคเกษตรกรรมได้ สำหรับการ

ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี การดำเนินโครงการทำให้เกษตรกรมีการใช้สารเคมีอย่างระมัดระวังมากขึ้น เช่น การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ซึ่งก่อนหน้านี้พบว่ามีการใช้ที่ไม่ถูกต้อง งานวิจัยของ Jallow et al.[14] ชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคจากสารเคมีและเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย และการทำงานในที่แสงน้อย จากข้อมูลพบว่ามีการใช้แสงสว่างที่เหมาะสมมากขึ้นระหว่างการทำงาน ซึ่งช่วยลดอุบัติเหตุที่เกิดจากแสงไม่เพียงพอ การศึกษาของ Nag et al.[15] พบว่า สภาพแสงที่เหมาะสมในการทำงานสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ผลกระทบจากการดำเนินงาน หลังการดำเนินการ พบว่า อุบัติเหตุจากการทำงานลดลงจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 6 และมีการลดลงของอาการปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยงของเกษตรกร นอกจากนี้ เกษตรกรยังมีความพึงพอใจต่อโครงการและให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[16] ที่ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมและการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นสามารถช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

โดยสรุปผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพารามีผลในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร และช่วยให้เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสามารถขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการอบรมที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรสวนยางพาราเป็นประจำ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย เทคนิคการยศาสตร์ที่ถูกต้อง และการป้องกันอุบัติเหตุจากสัตว์มีพิษ เพื่อให้เกษตรกรสามารถนำความรู้ไปใช้ในระยะยาว
2. การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างถูกต้อง ควรมีการรณรงค์และแจกอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ หน้ากากป้องกันสารเคมี รองเท้าบูท และอุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีใช้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกษตรกรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอันตราย
3. การออกแบบเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการทำงานของเกษตรกร ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยลดภาระในการทำงาน เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกาย ลดแรงกดทับ และลดการใช้แรงงานที่มากเกินไป เพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อและอุบัติเหตุจากการทำงาน
4. การบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัยเข้าสู่ชุมชน ควรมีการส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของเกษตรกร ผ่านการจัดตั้งกลุ่มเรียนรู้หรือเครือข่ายที่ช่วยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างเกษตรกร เพื่อให้สามารถช่วยเหลือกันและสร้างแนวปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกัน
5. การประเมินผลและติดตามผลกระทบในระยะยาว ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบว่ายังคงมีประสิทธิภาพหรือไม่ และควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

1.Nilvarangkul K, Sena W, Saranrittichai K, Smith JF, Phajan T, Sitangkam S.(2017). Development community learning process to care for rubber farmers' health in Northeastern Thailand. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

2.Saksorngmuang P, Kaewboonchoo O, Ross R, Boonyamalik P.(2020). Working hazards and health problems among rubber farmers in Thailand. Walailak J Sci & Tech. 17(3):222-36.

3.Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, O'Brien KM, Lee H, Wolfenden L, et al.(2018). Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMC Med. 16(1):167.

4.World Health Organization. Musculoskeletal health [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

5.World Health Organization. Musculoskeletal health [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

6.Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, et al.(2012). Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. BMJ. 345:e4800.

7.Brown JP, Martin D, Nagaria Z, Verceles AC, Jobe SL, Wickwire EM.(2020). Mental Health Consequences of Shift Work: An Updated Review. Curr Psychiatry Rep. 22(2):7.

8.Yuan SC, Chou MC, Chen CJ, Lin YJ, Chen MC, Liu HH, et al.(2011). Influences of shift work on fatigue among nurses. J Nurs Manag.19:339-45.

9.Siriruttanapruk S, Wada K, Kawakami T.(2009). Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary care units. Geneva: International Labour Organization.

10.อภิญญา ไพรสินธุ์, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง.(2559). ภาวะสุขภาพและสิ่งคุกคามสุขภาพของผู้กรีดยางพารา กรณีศึกษา: ตำบลหนองแวงและกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 35(1):102-12.

11.Wongta A, Sawarng N, Tongchai P, Yana P, Hongsibsong S.(2024). Agricultural Health and Safety: Evaluating Farmers' Knowledge, Attitude, and Safety Behavior in Northern Thailand. Saf Health Work. 5(4):435-40.

12.Punguy V. (2018). Effectiveness of Educational Programs on Preventing Snakebites Among Farmers in Rural Areas. J Rural Health Saf. 12(2):145-53.

13.Punnett L, Wegman DH.(2004). Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. Occup Environ Med. 61(6):532-8.

14.Jallow MFA, Awadh DM, Albaho MS, Xie L.(2017). Pesticide safety knowledge and practices of farmers in the United Arab Emirates and their potential impact on health risks. Sci Total Environ. 601-602:747-55.

15.Nag A, Das SK, Dey A.(2016). Effect of lighting on performance and safety of workers: A review. Saf Sci. 86:65-75.

16.Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Using the digital technology in personnel's work At the Administration Department, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: March 5,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ธิดารัตน์ ศรีตะบุตร[1]
Thidarat Sritaboot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโซเชียล ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ ด้านการจัดเก็บข้อมูลและด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย คำนวณโดยใช้สูตรยามาเน่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและ t-test

ผลการวิจัย พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีความเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านมือถือ รองลงมา ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพ ด้านการวิเคราะห์ ด้านโซเชียล และด้านการจัดเก็บข้อมูล และยังพบปัญหาการขาดทักษะการใช้เทคโลยีดิจิทัล ได้พัฒนาโดยการจัดการประชุม อบรม สอนทักษะการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็น ภายหลังพัฒนา พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านประสิทธิภาพ รองลงมา ได้แก่ ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ การจัดเก็บข้อมูล และด้านโซเชียล ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบ ก่อนและภายหลังการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้ระดับความคิดเห็นด้านโซเชียล ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านการจัดเก็บข้อมูลและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: เทคโนโลยีดิจิทัล, การปฏิบัติงานของบุคลากร, ประสิทธิภาพ

Abstract

This research aims to study and develop the use of digital technology in the work of personnel, General Administration Group, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. The action research was to collect data on opinions on the use of digital technology in the work of personnel in 5 areas: social, mobile, analysis, data storage, and work efficiency. The sample size was 53 people, calculated using the Yamane formula. Data was analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Research results summary, the results of data analysis on opinions on the use of digital technology in the work of personnel, General Administration Group Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province Before the development, it was found that the overall use of technology in personnel's work was at a moderate level. The aspect with the most agreement was mobile, followed by efficiency, analysis, social, and data storage. There was also a problem of a lack of digital technology skills. It was developed by organizing meetings, training, and teaching necessary technology skills. After the development, it was found that the overall use of technology in personnel's work was at a high level. The aspect with the most agreement was efficiency, followed by mobile, analysis, data storage, and social, respectively. The results of the comparison before and after the development

[1] นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

of the use of technology in personnel's work resulted in significantly higher levels of opinions on social, mobile, data analysis, data storage, and work efficiency at a statistical level of .05.

Keywords: Digital technology, personnel work, efficiency

บทนำ

ในโลกปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานและดำรงชีวิตของผู้คนจำนวนมาก โดยเฉพาะในกระบวนการทำงานไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและภาคเอกชนพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงาน การขับเคลื่อนองค์กร การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นเครื่องมือในการผลักดันให้เกิดการทำงานในรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรดีขึ้น เร็วขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นการสร้างความเจริญการเติบโตทางเศรษฐกิจ การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน และการพัฒนาทางสังคมในด้านต่าง ๆ[1] เทคโนโลยีดิจิทัล (digital technology) มีความสามารถในการพัฒนาให้เป็นเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพทางไกลในแพลตฟอร์ม การสนับสนุนการเบิกจ่ายให้บริการสุขภาพผ่าน Telehealth[2] การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Digital Disruption ได้พัฒนาจนเกิดวัตกรรมใหม่ๆ กลายเป็นพลังสำคัญในหลาย ๆ อุตสาหกรรมทั่วโลก ปี 2559 รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงสถานการณ์และได้เริ่มโครงการ Thailand 4.0 และแผน Digital Thailand เข้าสู่สังคม “เศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล” เพื่อให้ไทยเป็นผู้นำด้านดิจิทัลและแข่งขันได้ในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงบริการด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคม เพื่อให้การดูแลสามารถยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางได้มากขึ้น การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในด้านสุขภาพ(Digital Health)ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ ช่วยอำนวยความสะดวกให้ระบบสุขภาพทำงานได้ดียิ่งขึ้นและยังเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลากรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงไปสู่การดูแลแบบบูรณาการโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง[3] ช่วยพัฒนาบุคลากร การเงิน โครงสร้าง เทคโนโลยีการบริการ ให้สอดคล้องบริบทพื้นที่และความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างความมั่นคงยั่งยืนทางด้านสุขภาพให้กับคนไทยและระบบสาธารณสุขของประเทศ[4] กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบ Web Application ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 โดยได้รับความร่วมมือระหว่างกองบริหารทรัพยากรบุคคลและศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถตอบสนองการทำงานด้านบริหารงานบุคคลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทีเป็นระบบ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถใช้งานร่วมกันระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีฐานข้อมูลบุคลากรเดียวกัน เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคลในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำคำสั่งต่างๆ เช่น คำสั่งเลื่อนเงินเดือน เลื่อนระดับ คำสั่งย้าย การบันทึกข้อมูลความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การรายงานสถานการณ์กำลังคน การรายงานสถานการณ์ผู้จะเกษียณอายุราชการ เป็นต้น และได้มีการพัฒนาระบบมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทำให้มีฐานข้อมูลด้านบุคลากรที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมการใช้งาน ของผู้ใช้งานในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารงานบุคคล ผู้บริหาร หรือแม้กระทั่งบุคลากรทุกคนในสังกัดเอง อีกทั้งยังเป็นระบบทีทำให้เกิดรูปแบบการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นผลให้สามารถควบคุมกำกับ

ตรวจสอบ ความถูกต้องเป็นปัจจุบัน ลดขั้นตอนการทำงาน ตลอดจนสามารถนำไปสู่การวางแผนเชิงนโยบายทั้งทางด้านการวางแผนด้านงบประมาณ การพัฒนาบุคลากร การกระจายบุคลากรได้ อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักจัดการงานทั่วไป ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและกำกับงานดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ลดการใช้กระดาษให้มากที่สุด เป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายและการสร้างระบบการปฏิบัติงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของบุคลากรให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้ข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิด SMAC ของ Gartner 6(Gartner, 2011 cited in Nicole Laskowski, 2024) การสื่อสารแบบตัวต่อตัวและซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ที่อยู่ภายในสถานที่ การแนะนำอุปกรณ์พกพาและการพึ่งพาการประมวลผลแบบคลาวด์ที่เพิ่มมากขึ้นได้พลิกโฉมรูปแบบการประมวลผลแบบดั้งเดิมประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโซเชียล(Social; S) ด้านมือถือ (Mobility; M) ด้านการวิเคราะห์ (Analytic: A) และด้านการจัดเก็บข้อมูล (Cloud computing: C) โดยมีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย การศึกษาเอกสารทบทวน การประชุม การสนทนากลุ่ม การประเมินความคิดเห็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโซเชียล ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ ด้านการจัดเก็บข้อมูลและด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย นำแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรไปปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย การประเมินความคิดเห็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5 ด้าน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5 ด้านก่อนและหลังพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 61 ราย ประกอบด้วย งานการเงิน/บัญชี 8 ราย พัสดุ 8 ราย ธุรการ 4 ราย งานซ่อมบำรุง 3 ราย ยานพาหนะ 10 ราย งานแม่บ้านทำความสะอาด 11 ราย งานสวน 3 ราย งานรักษาความปลอดภัย 5 ราย โสตศึกษา 1 ราย และงานโภชนาการ 8 ราย คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้

สูตร Yamane (1970)[7] เท่ากับ 53 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นแล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน เงินเดือน

2.แบบสอบถามความคิดเห็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความคิดเห็น แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด

3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มในหน่วยงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความสอดคล้องด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องด้านเนื้อหา เลือกข้อที่มีค่า IOC 0.67-1

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1) สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha – coefficient) เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3) สถิติใช้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ได้แก่ Kolmogorov-Smirnov หรือ Shapiro-Wilk แจกแจงความปกติของข้อมูล

4) สถิติเชิงอนุมานหรือสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ใช้ Paired Sample t-test เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้เทคโนโลยีของบุคลากรก่อนและหลังพัฒนา

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ในเดือนตุลาคม 2567 เลขที่ ECPPS 02/2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

1.ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรส่วนใหญ่ เพศหญิง จำนวน 28 ราย ร้อยละ 53 ช่วง อายุ 31-40 ปี จำนวน 42 ราย ร้อยละ 79 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 37 ราย ร้อยละ 70 ตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 27 ราย ร้อยละ 51 ระยะเวลาปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ 6-10 ปี จำนวน

22 ราย ร้อยละ 41 เงินเดือนที่ได้รับ(เฉพาะเงินเดือน) เงินเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 32 ราย ร้อยละ 60

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนา พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.09 S.D.=.68) โดยด้านที่มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านมือถือ ($\bar{X}$=3.61 S.D.=.60) รองลงมา ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพ ($\bar{X}$=3.47 S.D.=.45) ด้านการวิเคราะห์ ($\bar{X}$=2.86 S.D.=.82) ด้านโซเชียล ($\bar{X}$=2.84 S.D.=.56) และด้านการจัดเก็บข้อมูล ($\bar{X}$=2.68 S.D.=.98)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พบว่า สถานการณ์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ภายใต้แนวคิด SMAC ประกอบด้วย ด้านโซเชียล ใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย เช่น เฟสบุ๊ก ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมของโรงพยาบาล โดยมีผู้บังคับบัญชากลั่นกรองข้อมูล และฝ่ายไอทีเป็นผู้ดูแล ใช้ไลน์แอปพลิเคชันสำหรับการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ใช้ Digital HR ในการสรรหาบุคลากรอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การประกาศรับสมัครผ่านเว็บไซต์ และการจัดซื้อจัดจ้างออนไลน์ ด้านมือถือ บุคลากรทุกคนใช้สมาร์ทโฟนเพื่อติดต่อสื่อสารและสั่งงาน ทำให้การทำงานคล่องตัวและสะดวกขึ้น ใช้ QR Code สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร ด้านการวิเคราะห์ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Microsoft Excel และโปรแกรมเฉพาะทาง (เช่น My One, Cumulate) ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการจัดการงานต่าง ๆ เช่น บัญชี การเงิน พัสดุ และการลงเวลา ด้านการจัดเก็บข้อมูล ยังไม่มีการใช้ระบบคลาวด์ จัดเก็บข้อมูลในฮาร์ดดิสก์และแฟลชไดรฟ์ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทันทีเมื่อไม่อยู่ในที่ทำงาน ข้อดีของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้การทำงานง่ายขึ้น คล่องตัว สะดวก และลดเวลาในการทำงาน ลดขั้นตอนการทำงานและสามารถนำเสนอผลงานผ่านโซเชียลมีเดียได้ ปัญหาอุปสรรคด้านเทคโนโลยี การใช้ไลน์แอปพลิเคชันยังไม่ครอบคลุมทุกคน ยังไม่มีการใช้ระบบคลาวด์และปัญญาประดิษฐ์ (AI) ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร และไม่มีระบบสำรอง ด้านบุคลากร ขาดทักษะการใช้โปรแกรม Microsoft Excel และการแก้ไขปัญหาทางเทคนิค ไม่มีความรู้ในการนำ AI มาใช้ในการทำงาน ด้านการบริการ ความล่าช้าในการร่างหนังสือส่งประสานงาน (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง) การประชุมยังจัดในห้องประชุม และมีปัญหาการขาดประชุมเนื่องจากภารกิจงาน ด้านงบประมาณ ยังคงใช้กระดาษในการสื่อสารจำนวนมาก ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูง กระดาษ A4: ปี 2565, 2566, 2567 ใช้ 800, 2,100, 1,600 ห่อ ตามลำดับ คิดเป็นเงิน 144,000 บาท, 378,000 บาท, 288,000 บาท กระดาษ A5: ปี 2565, 2566, 2567 ใช้ 800, 1,300, 900 ห่อ ตามลำดับ คิดเป็นเงิน 64,000 บาท, 104,000 บาท, 72,000 บาท สรุป การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย มีข้อดีในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังพบปัญหาด้านเทคโนโลยี ทักษะบุคลากร และการใช้งบประมาณที่ไม่เหมาะสม (เช่น การใช้กระดาษจำนวนมาก) ดังนั้น ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากร ปรับปรุงระบบเทคโนโลยี และลดการใช้กระดาษเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนในระยะยาว

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามวงล้อการพัฒนาของเคมมิสและแมกทา

กาท (Kemmis & McTaggart) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการติดตามประเมินผล โดยมีกิจกรรมหลักดังนี้ 1) การให้ความรู้และการฝึกอบรม โดยจัดประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลและ AI โดยวิทยากรจากฝ่ายไอที สอนการใช้โปรแกรม Microsoft Excel, E-mail, และ AI สำหรับงานธุรการ ส่งบุคลากรไปอบรมหัวข้อ "AI ธุรการ" เพื่อลดกระบวนการทำงานและเปลี่ยนเอกสารกระดาษเป็นดิจิทัล 2) การใช้เครื่องมือดิจิทัล กำหนดให้ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือสื่อสารหลัก จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มงาน นำระบบประชุมผ่านวิดีโอคอล (เช่น Zoom) มาใช้เมื่อไม่สามารถประชุมร่วมกันได้ 3) การลดการใช้กระดาษ โดยกำหนดแนวทางการใช้กระดาษน้อยที่สุด จัดเก็บข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล เช่น ฮาร์ดดิสก์, อีเมล์, และ QR code 4) การติดตามและประเมินผล พบว่าการใช้ AI ช่วยลดเวลาในการร่างหนังสือราชการเหลือไม่เกิน 2 นาที บุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะการใช้ QR code, อีเมล์, และการจัดเก็บเอกสารดิจิทัล ปริมาณการใช้กระดาษลดลงจาก 50 ห่อต่อเดือน (ประมาณ 9,000 บาท) หลังการควบคุมการเบิกและการฝึกอบรมเพิ่มเติม 5) ผลลัพธ์คือ ได้ "คู่มือแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย" ซึ่งรวมถึงการใช้งานโทรศัพท์มือถือ, Excel, อีเมล์, และการจัดเก็บเอกสารดิจิทัล บุคลากรมีความตระหนักและทักษะในการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ช่วยลดเวลาและต้นทุนในการทำงาน

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย หลังดำเนินการวงรอบที่ 2 นำข้อมูลมาพิจารณา พบว่าบุคลากรมีทักษะการใช้ QR code การใช้อีเมล์และจัดเก็บเอกสารในรูปอิเลกทรอนิกส์ได้ดีขึ้น ปริมาณการใช้กระดาษลดลงภาพรวมของกลุ่มงาน 40 ห่อต่อเดือน คิดเป็นเงินประเมิน 7,200 บาท ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 1,800 บาท ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย ภายหลังการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรจำแนกตามรายด้าน พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2 และผลการเปรียบเทียบ ก่อนและภายหลังการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้ระดับความคิดเห็นด้านโซเชียล ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านการจัดเก็บข้อมูล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรจำแนกตามรายด้าน พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.08 S.D.=.59) โดยด้านที่มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านประสิทธิภาพ ($\bar{X}$=4.45 S.D.=.42) รองลงมาได้แก่ ด้านมือถือ ($\bar{X}$=4.31 S.D.=.48) ด้านการวิเคราะห์ ($\bar{X}$=3.91 S.D.=.77) การจัดเก็บข้อมูล ($\bar{X}$=3.91 S.D.=.75) และด้านโซเชียล ($\bar{X}$=3.82 S.D.=.57) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ตารางสถิติอ้างอิง Paired Sample t-test

	Paired difference		t	df	Sig.(2-tailed)
	Mean	S.D			
Pair1 post-pre	.98748	.17156	14.099	5	.000

จากตารางที่ 1 พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนและหลังพัฒนา ได้ค่าสถิติทดสอบที เท่ากับ 14.099 ที่องศาอิสระเท่ากับ 5 และSig เท่ากับ .000 จึงสรุปได้ว่าภายหลังการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้ระดับความคิดเห็นด้านโซเชียล ด้านมือถือ ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านการจัดเก็บข้อมูลและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับเกื้อกูล วะชุม[8] ศึกษาเทคโนโลยีดิจิทัลกับประสิทธิผลการบริหารงานในโรงเรียน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับสูงมาก มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงานทำให้งานสะดวก รวดเร็ว คล่องตัวมากขึ้น สอดคล้องกับรัตนาวดี เที่ยงตรง[9] ได้ศึกษาการศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการเรียนรู้ของครูในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุโขทัย เขต 2 พบว่า ผลการศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการเรียนรู้ของครูในสถานศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก การใช้มือถืออยู่ในระดับมากสอดคล้องกับพนม คลี่ฉายา[10] ศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพฤฒิพลังและผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า กลุ่มอายุ 50-54 ปีมีแรงจูงใจในการใช้เทคโนโลยีอยู่ระดับมาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ การเรียนรู้จากเทคโนโลยี ทักษะความสามารถ/การพัฒนาตนเอง ความซับซ้อนยุ่งยากของเทคโนโลยี ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการอินเทอร์เน็ตและความคุ้มค่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาวรรณ เกษมสุขบท[11] ว่าบุคลากรมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน ทั้งการสั่งงาน การสื่อสาร มีการรับ-ส่งหนังสือราชการผ่านระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ การใช้ QR Code ในการดาวน์โหลดเอกสาร จัดเก็บข้อมูลบุคลากรเข้าสู่ระบบ HR จัดทำนามานุกรมออนไลน์ มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการยืม-คืน หนังสือ รวมทั้งประชุมผ่านระบบ VDO Conference ในด้านปัญหาและอุปสรรคในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล คือ ปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์ และไม่สอดคล้องกับข้อเสนแนะที่ว่าควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่มีความทันสมัย เนื่องจากปัจจุบันมีระบบคลาวด์ที่ช่วยในการจัดเก็บข้อมูล ที่สามารถเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของดร.พิเชฐ ดรุงคเวโรจน์[12] ว่าควรมีระบบคลาวด์ของภาครัฐ หน่วยงานรัฐใช้ร่วมกัน ไม่จำเป็นต้องซื้อฮาร์ดแวร์-ซอฟท์แวร์จำนวนมาก เป็นการซ้ำซ้อน ใช้ไม่เต็มที่ ประหยัดได้อย่างน้อย 30% จะทำให้การบริการประชาชนรวดเร็วและพึงพอใจมากขึ้น ปัญหาด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นเฉพาะงาน สอดคล้องกับ เอื้องพร พิทักษ์สังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, ราตรี ฉิมฉลอง, ธนวัฒน์ ปัญญาวงค์, วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช[13] ได้ศึกษาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ อายุงานมากกว่า 20ปี ลักษณะงานด้านคลินิก/ให้การพยาบาลผู้ป่วย มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทุกวัน ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง ได้มีการสอนการใช้ทักษะที่จำเป็น การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับณัฐวัฒน์ ด้วงฉุน[14] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบ

การเรียนการสอนผ่านชุมชนเรียนรู้วิชาชีพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมความสามารถในด้านการสอน สำหรับนักศึกษาหลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมในสถาบันอุดมศึกษา พบว่าผลการประเมินความสามารถในด้านการสอนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนผ่านชุมชนการเรียนรู้วิชาชีพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับมัธยัสถ์ เหล่าสุรสุนทร, ณัฐธยาน์ กร เดชา, น้ำทิพย์ มีสัจจี และนิติมา แสงแก้ว[5] ศึกษาการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล พบว่า ประสิทธิผลด้านผลการผลิตมากที่สุด สอดคล้องกับ Edna Maeyen Solomon and Aaron van Klyton[15] ศึกษา ผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ในแอฟริกา 39 ประเทศตั้งแต่ปี 2012 ถึง 2016 การวิเคราะห์นี้ใช้ตัวประมาณค่า GMM ของระบบเพื่อทำความเข้าใจถึงขอบเขตที่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยส่งเสริมการเติบโต โดยใช้การวัดการแปลงเป็นดิจิทัลจากดัชนีความพร้อมด้านเครือข่าย แยกความแตกต่างระหว่างผลกระทบของการใช้ ICT ของแต่ละบุคคล ธุรกิจ และรัฐบาลต่อการเติบโต และแสดงให้เห็นว่าการใช้งานของแต่ละบุคคลเท่านั้นที่มีผลกระทบเชิงบวก นอกจากนี้ การวิเคราะห์แบบแยกประเภทของการใช้งาน ได้แก่ โซเชียลมีเดียและความสำคัญของ ICT ต่อวิสัยทัศน์ของรัฐบาลมีความสำคัญต่อการเติบโต สอดคล้องกับ Deedra Vargo, Lin Zhu, Briana Benwell, Zheng Yan[16] ศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เติบโตอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า มีการใช้เทคโนโลยีรูปแบบต่างๆ 28 รูปแบบ ตั้งแต่คอมพิวเตอร์ไปจนถึงปัญญาประดิษฐ์ การให้บริการสุขภาพจากระยะไกล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสื่อสาร ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยที่ดีขึ้น และการระบาดลดลง และสอดคล้องกับ Hung-Tai Tsou and Ja-Shen Chen[17] ได้ศึกษา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลดีต่อประสิทธิภาพของบริษัทอย่างไร กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลและนวัตกรรมองค์กรเป็นตัวกลาง ผลการศึกษา พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลและนวัตกรรมขององค์กร ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของบริษัท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ 1) ขยายระยะเวลาการศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างน้อย 6 เดือน 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนการใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดค่าใช้จ่าย ใช้ระบบคลาวด์ภาครัฐในการจัดเก็บข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้นทุกวันเพื่อลดค่าใช้จ่ายการจัดซื้ออุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟแวร์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) ศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร 2) ศึกษาประสิทธิผลการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัยทุกคน ขอบคุณพ่อแม่ครูอาจารย์ ที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพงษ์ อนันต์ธนสารและสมใจ สืบเสาะ. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการศึกษาของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการ การจัดการภาครัฐและเอกชน. 2566;5(3): 261-275.
2. สำนักบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข. การพัฒนากระบวนการประเมินเทคโนโลยีดิจิทัลด้าน สุขภาพเพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพและสุขภาพประชาชนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2567]; เข้าถึงจาก: https://www.hitap.net/wp- content/uploads/2024/07/proof_Full-report_digital-health_with-cover_JS_Final- File-compress.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข(2564 – 2568) [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2567]; เข้าถึงจาก: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf
4.โอภาส การย์กวินพงศ์. สธ. ย้ำ "Digital Health" เป็นปัจจัยสาธารณสุขยุคใหม่ สร้างความยั่งยืนระบบ สุขภาพไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2567]; เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/08/31320
5.มัธยัสถ์ เหล่าสุรสุนทร, ณัฐธยาน์กร เดชา, น้ำทิพย์ มีสัจจี และนิติมา แสงแก้ว. การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 3(2): 344-352.
6.Nicole Laskowski. SMAC (social, mobile, analytics and cloud) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20]. Available from:https://www.techtarget.com/searchcio/definition/SMAC-social- mobile-analytics-and-cloud.
7.Taro Yamane. (1970). Statistic: An Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row.
8.เกื้อกูล วะชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกับประสิทธิผลการบริหารงานในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2566.
9.รัตนาวดี เที่ยงตรง. การศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการเรียนรู้ของครูในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุโขทัย เขต 2. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10.พนม คลี่ฉายา. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพฤฒิพลังและผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารนิเทศศาสตร์. 2564; 39(2): 56-75.
11.วิภาวรรณ เกษมสุขบท. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากรกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสู่องค์การดิจิทัล [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
12.สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ. เทคโนโลยีดิจิทัล ตอบโจทย์สังคมได้อย่างไร [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2567]; เข้าถึงจาก: https://www.presscouncil.or.th/7918

13.เอื้องพร พิทักษ์สังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, ราตรี ฉิมฉลอง, ธนวัฒน์ ปัญญาวงค์, วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช. ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(2) : 38-48.

14.ณัฐวัฒน์ ด้วงฉุน. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนผ่านชุมชนเรียนรู้วิชาชีพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมความสามารถในด้านการสอน สำหรับนักศึกษาหลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมในสถาบันอุดมศึกษา. [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต] พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

15.Edna Maeyen Solomon and Aaron van Klyton. The impact of digital technology usage on economic growth in Africa [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0957178720300989

16.Deedra Vargo, Lin Zhu, Briana Benwell, Zheng Yan. Digital technology use during COVID-19 pandemic: A rapid review [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hbe2.242

17.Hung-Tai Tsou and Ja-Shen Chen. How does digital technology usage benefit firm performance? Digital transformation strategy and organizational innovation as mediators [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09537325.2021.1991575

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

Development of a Community Network Participation Model for Road Accident Management in Langu District, Satun Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

วรายุส วรรณวิไล[1] **ณัฐสิทธิ์ สองเมือง**[1]
WARAYUT WANNAWILAI[1] NATTASIT SONGMOUNG[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR โดยใช้วงจร PAOR มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์การจัดการอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนอำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล จำนวน 55 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึก รายงาน และสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ได้นำไปสู่การกำหนดเป็นรูปแบบ LANGU Model ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ประกอบด้วยกลไกหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) L (Leadership) การแต่งตั้งและกำหนดบทบาทของเจ้าภาพหลัก, 2) A (Assessment and Monitoring): การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง, 3) N (New Thinking and Learning): การพัฒนาความคิดใหม่ ๆ และการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และ 4) GU (Good Team and Unity): การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในทุกระดับ จากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม การวิเคราะห์ผลดำเนินงานตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es) อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.57 S.D. = 0.63) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงระยะเวลาเดียวกันมีอัตราลดเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 3 ปี ย้อนลง ร่วมถึงได้มีการดำเนินงานการจัดการจุดเสี่ยงที่มีอยู่ในอำเภอรวม 6 จุด จากทั้งหมด 15 จุด

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, การจัดการอุบัติเหตุทางถนน, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) using the PAOR cycle. The objectives are to analyze problems, develop models, and evaluate the results of road accident management in the community of Langu District, Satun Province. The population and sample are 55 members of the Langu District Road Safety Operation Center, Satun Province. Data are collected using recording forms, reports, and questionnaires. Data are analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The study results found that the situation analysis led to the formulation of the LANGU Model in road accident management in Langu District, Satun Province, consisting of the following main mechanisms: 1) L (Leadership): Appointment and determination of the roles of the main host, 2) A (Assessment and Monitoring): Continuous monitoring and evaluation of the operation, 3) N (New Thinking and Learning): Development of new ideas and learning to improve the practice, and 4) GU (Good Team and Unity): Creation of a cooperation network at all levels. From the operation, the operation of road accident injury prevention was at an excellent level. The analysis of the operation results according to the policy of road accident prevention and reduction under the 5 main strategies (5 Es) in Langu District, Satun Province was at a high level overall ($\bar{X}$ = 3.57 S.D. = 0.63). The road accident fatality rate during the same period decreased when compared to the median of 3 years. In addition, there was an operation to manage risk points in the district, a total of 6 out of 15 points.

Keywords: road accident, road accident management, road safety operation center

[1] กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ปัญหามาอย่างต่อเนื่อง สร้างความสูญเสียและผลกระทบต่อเหยื่อ ครอบครัวและสังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนกลายเป็นความคุ้นชินและมองข้ามปัญหาเหล่านี้ทั้ง ๆ ที่มีขนาดปัญหาและมีแนวโน้มที่จะสร้างผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมได้เช่นเดียวกัน[1]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เปิดเผยสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนผ่านรายงาน GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018 ว่าอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ของคนทุกกลุ่มอายุทั่วโลก โดยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงที่สุดอยู่ในทวีปแอฟริกา อยู่ที่ 26.6 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในอัตรา 20.7 คนต่อประชากรแสนคน ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุนี้มากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจาก HIV/เอดส์ วัณโรค หรืออุจจาระร่วง[2] จากข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 10 – 19 ปี ซึ่งมีการสูญเสียที่สูงมากถึง 2,902 คนต่อปี หากไม่มีการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง และกำหนดเป้าหมายจะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน 37,321 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน ถ้ามีการดำเนินการและกำหนดเป้าหมายลดการตายของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดลง ร้อยละ 5 ต่อปี ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน จะสามารถลดการสูญเสียกำลังของชาติในอนาคตถึง 14,752 คน ในห้วงเวลา 10 ปี หรือคิดเป็นลดอัตราการตาย ในภาพรวมได้ปีละ 2.7 – 4.5 ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดการตายในภาพรวมของประเทศได้ตามเป้าหมาย [3]

อำเภอละงูเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสตูล สภาพพื้นที่โดยทั่วไปของอำเภอละงู เป็นที่ราบสูงแบบลูกคลื่นลอนลาด พื้นที่ค่อนข้างราบประกอบด้วยทิวเขา โดยสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนอำเภอละงู จากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2567 (ณ เดือน กรกฎาคม 2567) พบจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำนวน 1,364 ราย, 1,149 ราย, 1,047 ราย, 940 ราย และ 596 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 5,096 ราย และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 6 ราย, 12 ราย, 19 ราย, 11 ราย และ 8 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 56 ราย โดยส่วนใหญ่เพศผู้ชาย ในช่วงอายุ 36 -60 ปี ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอละงู ส่วนใหญ่ใช้ยานพาหนะปประเภทจักรยานยนต์ ซึ่งเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่ 14.00 – 15.59 น.[4]

การจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่เป้าหมายไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน และภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมดำเนินการที่ความแตกต่างกันตามความต้องการและบริบทของชุมชน ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบ และความยากง่ายในการขับเคลื่อนดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนของพื้นที่นั้น ๆ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล รวมถึงประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละงู จังหวัดสตูล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้วงจร PAOR ประกอบด้วยย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนงาน (Planning), การลงมือปฏิบัติ (Action), การสะท้อนกลับ (Reflection) และการสังเกตผล (Observation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มขับเคลื่อนในการดำเนินงานขับป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู ได้แก่ นายอำเภอ/ปลัดอำเภอ, กำนัน, นายกเทศมนตรี/ปลัดเทศบาล, นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล, , สำนักงานขนส่งจังหวัดสตูล สาขาละงู, ผอ.รพ.ละงู/ผู้รับผิดชอบ, สาธารณสุขอำเภอ/ผู้รับผิดชอบ, ผอ.รพ.สต., ผู้นำศาสนา, ตัวแทนครูจากวิทยาลัย/โรงเรียน/ศพด., ตัวแทนตำรวจ, ตัวแทนหมวดการทาง, ตัวแทนไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สาขา อำเภอละงู และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ โดยมีลักษณะ การตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีระดับการดำเนินงาน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. แบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS : District Road Traffic Injury) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นประกอบการอภิปรายเป็นรายกรณีในอำเภอละงูที่เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI)

4. เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาเป็นเครื่องมือมาจากศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน

5. เครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยง จำนวน 8 ใบงาน ประกอบด้วย 1) ทำแผนที่และคัดเลือกจุดเสี่ยงในชุมชน 2) ค้นหารูปแบบการชนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณจุดเสี่ยง 3) ค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากถนน 4) สรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการชน (คน รถ ถนน) 5) เรียนรู้จากอดีต ต้นทุนเดิมในพื้นที่ จะชวนใครมาทำงาน 6) จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน 7) จัดการที่ทำได้เอง ส่งต่อปัญหาที่เกินกำลัง 8) มาตรการประเมินผล เฝ้าระวัง และติดตามผล

การตรวจสอบเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมาเสนอทางผู้เชียวชาญ เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถาม เพื่อนำคำแนะนาในการแก้ไขปรับปรุงและตรวจสอบความแม่นตรงของคำถาม โดยการนำเสนอแบบสัมภาษณ์ไปทำการทดสอบกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ซึ่งมีความคลายคลึงกบกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม และได้ทำการ

ปรับปรุงแก้ไขโดยมการเลือกคาถามหรือปรับเปลี่ยนบางข้อ เพื่อให้ได้แบบสอบถามทดีขึ้น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช(Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล

1.2 ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล

1.3 วิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยใช้เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์จากศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา, แผนภูมิต้นไม้, บันไดผลลัพธ์, การวิเคราะห์แรงเสริม แรงต้าน และ การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์

1.4 ประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล ร่วมกันกำหนดแนวทางและรูปแบบการขับเคลื่อนจนเกิดเป็นรูปแบบ LANGU Model ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล

2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามรูปแบบ LANGU Model ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 L (Leader Ship) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) ให้มีการทบทวนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ, 2) มอบหมายให้เลขานุการของคณะทำงานแต่ละคณะเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อน และ 3) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงานและโครงการสอดคล้องกับประเด็นการขับเคลื่อนที่กำหนดไว้

2.2 A (Assessment and Monitoring) การประเมินติดตาม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน และ 2) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับอำเภอ โดยจำแนกตามรายตำบลทุกไตรมาส

2.3 N (New thinking and learning) การคิดและเรียนรู้สิ่งใหม่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนแก่ประชาชนในชุมชน, 2)ประชุมประชาคมในระดับหมู่บ้าน เพื่อร่วมกันกำหนดกติกาชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย, 3) จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน, 4) พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถสื่อสารและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง, 5) ดำเนินการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยง

2.4 GU (Good team and Unity) การเป็นทีมที่ดี และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) ลงพื้นที่ร่วมกันเพื่อติดตามกรณีผู้เสียชีวิต, 2) จัดหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน, 3) จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU), 4) ประกาศมาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย 100% ในสถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการเอกชน มัสยิด และธนาคาร, 5) ให้สภาเยาวชนของท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน, 6) ขอสนับสนุนหมวกนิรภัยจากบริษัทเอกชน และ 7) ซ้อมแผนรวมกัน สสจ./ ปภ. ทุกปี

3. ขั้นการติดตามและประเมินผล ประเมินผลกระบวนการโดยการเก็บแบบสอบถาม และสังเกตการมีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู ในแต่ละระยะของการศึกษา สรุปผลวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความส าเร็จ

4. ขั้นการปรับปรุงการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย การถอดบทเรียน การวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนจากข้อมูลเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่าง

ต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการนี้จะถูกปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนในแต่ละการประชุม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

สถานการณ์อุบัติเหตุอำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี 2567 จำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 995 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 1,343.5 ต่อประชากรแสนคน เป็นเพศชาย 507 ราย (ร้อยละ 50.95) หญิง 488 ราย (ร้อยละ 49.05) เสียชีวิต 16 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.61 กลุ่มอายุที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด กลุ่มอายุ 36-60 ปี จำนวน 275 ราย (ร้อยละ 28.21) รองลงมา กลุ่มอายุ 1-14 ปี จำนวน 181 ราย (ร้อยละ 18.56) และกลุ่มอายุ 15-18 ปี จำนวน 163 ราย (ร้อยละ16.72) ประเภทผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด คือ ผู้ขับขี่ จำนวน 713 ราย (ร้อยละ 71.66) รองลงมาผู้โดยสาร จำนวน 254 ราย (ร้อยละ 25.53) และคนเดินเท้า จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 2.41) ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์ จำนวน 895 ราย รองลงมา รถจักรยาน จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 5.13) และรถยนต์ จำนวน 49 ราย (4.92) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2567 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) ของอำเภอละงู พบว่า จำนวนการบาดเจ็บ มีค่าต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่ามัธยฐาน

สำหรับกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นการวางแผนงาน (Planning)

การขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนในอำเภอละงูนั้น แม้จะมีการดำเนินงานตามแนวทางของ ศปถ. แห่งชาติ และหน่วยงานต่างๆ ปฏิบัติตามพันธกิจของตนเอง แต่ยังคงมีข้อจำกัดที่ต้องแก้ไข กล่าวคือ การขับเคลื่อนในระดับต่างๆ ขาดการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง และยังไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน เพื่อนำผลลัพธ์และอุปสรรคมาปรับปรุงการทำงานต่อไป

อำเภอละงูได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบ โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู (ศปถ. อำเภอละงู) จัดการประชุมคณะกรรมการเป็นประจำเพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนตำบลปลอดภัย โดยใช้เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์จากศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน เพื่อวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้รับการยกระดับเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการดำเนินงาน อำเภอละงูยังได้ดำเนินโครงการอำเภอต้นแบบสู่ความปลอดภัย โดยนำข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นการสวมหมวกนิรภัย 100% สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมและการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

ขั้นที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action)

จากการวิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอละงู โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและใช้เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์จากศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย พบว่าปัญหาหลักเร่งด่วนคือการไม่สวมหมวกนิรภัยในชุมชน เป้าหมายสูงสุดคือการลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ผลการวิเคราะห์นี้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ LANGU Model สำหรับการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ดังนี้

L (Leader Ship) เจ้าภาพหลัก

ในการประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู (ศปถ. อำเภอละงู) ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 นายอำเภอละงูในฐานะผู้อำนวยการศูนย์ฯ ได้ทบทวนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอละงู ที่ 234/2566 ซึ่งที่ประชุมมีมติคงรายละเอียดตามเดิม นอกจากนี้ ที่ประชุมได้มอบหมายให้ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบล (ศปถ. ตำบล) ทั้ง 6 ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7 แห่ง ดำเนินการทบทวนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของตน เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการต่อไป เลขานุการคณะทำงานได้รับมอบหมายให้กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยเน้นบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ศปถ.

A (Assessment and Monitoring) การประเมินติดตาม

อำเภอละงูได้ดำเนินมาตรการชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลและช่วงที่มีความเสี่ยง โดยนายอำเภอมอบนโยบายให้กำนันผู้ใหญ่บ้าน เฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในทุกหมู่บ้าน มีการจัดทำประชาคมเพื่อกำหนดข้อตกลงป้องกันอุบัติเหตุ สื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อส่งข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับหลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 'รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็ว' และรายงานข้อมูล เฝ้าระวังสถานการณ์ประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) รายเดือน: สรุปและส่งคืนข้อมูลแก่หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชนในการประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและตำบล, การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน, และการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และตำบล (พชต.) โดยใช้รายงานจาก พชอ. อำเภอเป็นหลัก และ 2) รายไตรมาส/รายปี/ช่วงเวลาสำคัญ: รายงานผลในการประชุม พชอ. อำเภอ และ พชต. ทุกตำบล โดยใช้รายงานจาก พชอ. อำเภอเป็นหลัก และวิเคราะห์ข้อมูลรายไตรมาส รายปี หรือช่วงเวลาสำคัญ เช่น เทศกาลสงกรานต์

N (New thinking and learning) การคิดและเรียนรู้สิ่งใหม่

คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและถนนปลอดภัย ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ร่วมกับสหสาขาและเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน และชุมชน กรอบการดำเนินงานประกอบด้วย การสื่อสารความเสี่ยงระดับตำบลแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) และคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุระดับตำบล ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆ จำแนกรายหมู่บ้าน/ตำบล และการประชุมเพื่อคืนข้อมูล

สำหรับการเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนแก่เยาวชนและประชาชนในอำเภอละงู หน่วยงานราชการหลายภาคส่วนได้ร่วมกันจัดกิจกรรมต่างๆ การสำรวจจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนพบว่ามีทั้งสิ้น 15 จุด แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ทางแยก ทางโค้ง ผิวถนนชำรุด และสิ่งบดบังทัศนวิสัย เมื่อวิเคราะห์ศักยภาพชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยง พบว่า 6 จุดสามารถจัดการได้เอง และ 9 จุดต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวของแกนนำชุมชนว่า "การติดตั้งป้ายเตือนทางโค้งช่วยให้ผู้ใช้รถลดความเร็วและเพิ่มความระมัดระวัง" และชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาสิ่งบดบังทัศนวิสัยได้โดยร่วมกันตัดแต่งกิ่งไม้ริมทาง

GU (Good team and Unity) การเป็นทีมที่ดี และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

เดิมที การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอละงูดำเนินการโดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงูเท่านั้น ปัจจุบัน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงู (พชอ. ละงู) มอบหมายให้คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและถนนปลอดภัย ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) ทุกแห่งและเครือข่าย เพื่อร่วมสอบสวนโดยชุมชนดำเนินการสอบสวนเบื้องต้นด้วยแบบ

สอบสวนอุบัติเหตุชุมชนและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณี จากนั้น คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและถนนปลอดภัย อำเภอละงู วิเคราะห์ข้อมูลรายกรณีอุบัติเหตุและเสียชีวิตเชิงลึกโดยใช้ตาราง Haddon's Matrix เพื่อระบุสาเหตุสำคัญและสรุปภาพรวมการสอบสวน ซึ่งนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมเสี่ยง จุดเกิดเหตุ สภาพแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอแนวทางกำหนดมาตรการและนโยบายระดับอำเภอและมอบหมายให้ พชต. ทุกตำบล ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ต่อไป นอกจากนี้มีการจัดหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ร่วมถึงเพื่อส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย 100% คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงูได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย 100% ในสถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการเอกชน สถานที่ทางศาสนา และสถานประกอบการทางการเงิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถจักรยานยนต์ในพื้นที่อำเภอ

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยรวม พบว่า คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ด้านจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เห็นว่าการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตทางถนนของ อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ($\overline{X}$ =3.81) ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ($\overline{X}$ = 3.53) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ($\overline{X}$ = 3.62) ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ ($\overline{X}$ = 3.57) และมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางอีก 1 ด้าน คือ ด้านวิศวกรรมจราจร ($\overline{X}$ = 3.36)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของ อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยรวม

ลำดับ	การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
1.	ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	3.81	0.62	มาก
2.	ด้านวิศวกรรมจราจร	3.36	0.86	ปานกลาง
3.	ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์	3.53	0.92	มาก
4.	ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.62	0.89	มาก
5.	ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ	3.57	0.78	มาก
	โดยรวม	**3.57**	**0.63**	**มาก**

สรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS : District Road Traffic Injury) อำเภอละงู จังหวัดสตูล อยู่ในระดับดีเยี่ยม ระดับดีเยี่ยม (Advance) ร้อยละ 80.00 – 100.00

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมร่วมในการ

ดำเนินงานทุกขั้นตอน ตลอดจนการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนปี พ.ศ. 2567 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) ของอำเภอละงู พบว่า จำนวนการบาดเจ็บ มีค่าต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่ามัธยฐาน การจัดการจุดเสี่ยงที่มีอยู่ในอำเภอรวม 6 จุด จากทั้งหมด 15 จุด

จากผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ผลศึกษานำมาอภิปรายตามข้อสรุปดังนี้

1) ลการประเมินระดับการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากอำเภอละงูได้ดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล มีการจัดตั้งและทบทวนบทบาทคณะกรรมการฯ ระดับอำเภอ และใช้ "LANGU Model" เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยอาศัยยุทธศาสตร์ 5 ด้านเป็นกรอบการดำเนินงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนและลดความสูญเสียตามนโยบายรัฐบาลเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบังคับใช้กฎหมาย การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการประเมินผลและสารสนเทศ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านวิศวกรรมจราจรอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถนำไปอภิปรายผลเชิงลึกในแต่ละด้านได้ ดังนี้

1.1 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ด้านการบังคับใช้กฎหมายอยู่ในระดับมาก โดยการพิจารณารายข้อระบุว่า การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวดมีความสำคัญสูงสุดต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจึงมีส่วนช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับผลการศึกษาของบังอร แซ่อั้ง และคณะ (2567)[5] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวดเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติเหตุทางถนน โดยมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การตั้งด่านตรวจ การใช้กล้องตรวจจับความเร็ว และการเพิ่มบทลงโทษผู้กระทำผิด นอกจากนี้ การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมมีส่วนช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการบังคับใช้มาตรการเชิงรุก นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร (2567)[6] ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร พบว่า การบังคับใช้กฎหมายร่วมกับการให้ความรู้แก่ประชาชนมีประสิทธิผลในการลดอุบัติเหตุมากกว่าการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลเชิงบวกต่อความสำเร็จของมาตรการป้องกันอุบัติเหตุโดยการตั้งจุดตรวจวัดแอลกอฮอล์และการตรวจจับการขับขี่เร็วเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูง

1.2 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ด้านวิศวกรรมจราจรอยู่ในระดับปานกลาง โดยการพิจารณารายข้อพบว่า มีการนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาวิเคราะห์สาเหตุเพื่อวางแผนแก้ไข ทั้งนี้ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอละงูได้นำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุงถนนและช่องทางจราจรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้จำนวนอุบัติเหตุในบริเวณเดียวกันลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยวรรณ ถนัดธนูศิลป์ และสุรเมศวร์ พิริยะวัฒน์ (2567)[7] ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกรณี

ที่มีผู้เสียชีวิต กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองหลักจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพของถนน ได้แก่ ประเภทพื้นผิวถนน ตำแหน่งของอุบัติเหตุบนช่วงถนน จำนวนช่องจราจร และช่องจราจรที่เกิดอุบัติเหตุ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า ประเภทพื้นผิวถนนและตำแหน่งของอุบัติเหตุบนช่วงถนนมีอิทธิพลทางตรงต่อปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับถนนด้วยเช่นกัน ดังนั้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนน จึงควรให้ความสำคัญกับการออกแบบทางแยกและทางข้ามให้มีความปลอดภัย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณข้างทางและการกำหนดช่องจราจรเฉพาะสำหรับรถจักรยานยนต์ในบริเวณจุดเสี่ยง ซึ่งมาตรการเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก โดยการพิจารณารายข้อระบุว่า การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่ออย่างต่อเนื่องมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามกฎจราจร ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ อำเภอละงูมีการประชาสัมพันธ์โทษของอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางวิทยุท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของพิทักษ์พงษ์ ครองชนม์ (2546)[8] ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ในเขตเทศบาลเมืองละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่สนับสนุนว่าการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการให้ความรู้ด้านการขับขี่ที่ถูกต้องและปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ความรู้ด้านกฎหมายจราจรแก่ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน เพื่อสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติตามกฎระเบียบและลดพฤติกรรมเสี่ยง"

1.4 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินมี 4 รายการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดตั้งทีมกู้ชีพกู้ภัยและศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน ประสิทธิภาพของทีมกู้ชีพกู้ภัย และความร่วมมือจากองค์กรเอกชนและมูลนิธิต่าง ๆ ส่วนอีก 2 รายการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการกู้ชีพกู้ภัยเบื้องต้น และการบูรณาการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างเป็นเอกภาพ

1.5 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่า ด้านการประเมินผลและสารสนเทศมี 5 รายการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การบรรจุวาระรายงานอุบัติเหตุทางถนนในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ การนำสถิติอุบัติเหตุมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไข การประชุมวางแผนและจัดทำแผนลดอุบัติเหตุร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และการให้ความสำคัญของนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนโดยผู้บริหารระดับสูง ส่วนอีก 1 รายการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

ปัจจัย และเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ผลสำเร็จของการดำเนินงานการดำเนินงานของณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอละงู จังหวัดสตูล สรุปผลตามบันไดผลลัพธ์ทั้งหมด 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์: จัดตั้งทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขต่อผู้บริหาร

ขั้นที่ 2 กลไกคณะทำงานระดับอำเภอ: กำหนดมาตรการ นโยบาย และแผนงานระดับอำเภอและมอบนโยบายสู่ท้องถิ่น

ขั้นที่ 3 กลไกคณะทำงานระดับท้องถิ่น: แต่งตั้งทีมดำเนินการตามนโยบาย ปรับแผนงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และแก้ไขปัญหาโดยใช้งบประมาณท้องถิ่น

ขั้นที่ 4 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม: ประสานงานแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง: บูรณาการข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ กำหนดแนวทางแก้ไข และบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการบูรณาการข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตและข้อมูลเชิงประจักษ์อื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในจุดเสี่ยงได้ ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรสนับสนุนและผลักดันการพัฒนาการใช้ระบบสารสนเทศในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุทางถนน โดยมุ่งเน้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุม และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และปลูกฝังจิตสำนึกในการขับขี่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการลดอุบัติเหตุทางถนน ทั้งด้านงบประมาณและอำนาจหน้าที่ในการออกแบบและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านความปลอดภัยทางถนน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงวิชาการและเชิงประจักษ์เป็นฐานในการวางแผน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจึงควรถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ธนพงษ์ จินวงศ์. (2564). อุบัติเหตุทางถนน “ภัยเงียบ” ที่ยังอันตรายและท้าทายการจัดการ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1(1), 71-76.
2. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. (2564). WHO เผยรายงาน ‘ไทย’ เสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้มีกฎหมายจราจรในเกณฑ์ดี. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก https://www.sdgmove.com
3. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ติดอาวุธทางปัญญา ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th
4. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2567). รายงานสถิติผู้ประสบภัยจาก รถทั่วประเทศ. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก https://www.thairsc.com
5. บังอร แซ่อั้ง, ธวัชชัย คำป้อง, & แววตา สุริยันต์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 100-108.
6. จุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร. (2567). ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 870-878.
7. ปิยวรรณ ถนัดธนูศิลป์, & สุรเมศวร์ พิริยะวัฒน์. (2567). การวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกรณีที่มีผู้เสียชีวิต: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองหลักจังหวัดชลบุรี. วิศวกรรมสารฉบับวิจัยและ พัฒนา, 35(4), 44-66.
8. พิทักษ์พงษ์ ครองชนม์. (2546). ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ในเขตเทศบาลเมืองละมุงจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease, Khongchai Hospital, Kalasin Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

กนกกาญจน์ อนันต์ศิริไพศาล[1]
Kanokkan Anunsiripaisan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมี 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยและเครือข่ายการดูแล (2) ถ่ายทอดแนวทางการดูแลที่พัฒนาแล้ว (3) นำรูปแบบใหม่ไปปรับใช้ (4) ติดตามผลการรักษาทางคลินิก และ (5) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผ่านข้อมูลทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย COPD ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลฆ้องชัย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาแล้วช่วยลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลฆ้องชัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลใหม่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านการให้คำแนะนำและการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น
คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การดูแลผู้ป่วย, ประสิทธิผลของการรักษา

Abstract

This action research approach comprising five key phases: (1) development of a patient care model and network, (2) implementation of the revised care guidelines, (3) application of the model in clinical practice, (4) follow-up on patient outcomes, and (5) evaluation of effectiveness using secondary data. The study sample included COPD patients registered at Khongchai Hospital. Data collection utilized quantitative assessment tools and satisfaction surveys. Statistical analyses included descriptive statistics and inferential testing, specifically the Paired t-test.

Results: The developed care model significantly reduced the frequency of acute exacerbations and emergency department visits at Khongchai Hospital ($p < 0.05$). Patients receiving care under the revised guidelines demonstrated improved health behaviors, particularly in proper inhaler use and avoidance of exacerbation triggers. Additionally, patient satisfaction with the new care model was high, especially regarding guidance provision and symptom monitoring, underscoring the effectiveness of the approach.
Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, patient care model, treatment effectiveness

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง อย่างถาวร เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุการตายในระดับต้น ๆ และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของ ทุกประเทศทั่วโลก[1]

[1] โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยประมาณ 18,000 ราย แต่ในปี 2566 พบผู้ป่วยสูงกว่า 20,000 ราย ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ที่ส่งผลให้อัตราป่วย อัตรากำเริบเฉียบพลัน การนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2567 พบอัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 3.31 ส่วนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2567 สูงถึงร้อยละ 3.91 ซึ่งสูงที่สุดเมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ และสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย (2) สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (F3) ให้บริการผู้ป่วยทั้งนอกและในเวลาราชการ พบอัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอฆ้องชัย ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 5.90 เมื่อพิจารณาแยกรายตำบล พบอัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงที่สุดในพื้นที่ตำบลฆ้องชัยพัฒนา (ร้อยละ 9.09) รองลงมา คือ ตำบลลำชี ตำบลโคกสะอาด ตำบลโนนศิลาเลิง และตำบลเหล่ากลาง ตามลำดับ[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน และอาการกำเริบ ซึ่งจะช่วยชะลอการดำเนินโรคได้ และมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[3]

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลนาหม่อมได้จัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน (4)ได้แก่ 1) การใช้ยาสูดพ่นที่ถูกวิธี หรือวิธีการสูดยา เพื่อช่วยให้การตอบสนองต่อการรักษามีประสิทธิภาพและให้เกิดประโยชน์สูงสุด 2) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เพื่อบรรเทาอาการหายใจเหนื่อย 3) การบริหารการหายใจ (purse lip breathing) 4) การออกกำลังกายแบบยืดทรวงอก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 5) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ และ 6) ด้านการจัดการความเครียดเป็นต้น เนื่องจากความเครียดอาจทำให้มีอาการหายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยได้อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกนอกจากได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาและคำแนะนำตลอดจนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องแล้ว แต่ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการกลับมารักษาด้วยอาการกำเริบและนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28วัน จากการทบทวนประวัติการเข้ารับการรักษาพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่นการพ่นยาไม่ถูกวิธี การไม่หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพ้หรือไอเมื่อสัมผัสควันจากการเผาขยะในชุมชนหรือสูบบุหรี่เนื่องจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดอาการไอและมีเสมหะออกมากแล้วมีอาการหายใจเหนื่อย พ่นยาด้วยตนเองที่บ้านแล้วอาการไม่ทุเลาจึงจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล[4]

อีกทั้ง กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้มีการพัฒนา “คลินิกคุณภาพ” ที่ให้บริการสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Healthcare) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เกิดคุณค่าสูงสุดในการรักษาพยาบาล โดยขยายบริการไปถึงระดับปฐมภูมิเพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในเชิงรุกได้อย่างกว้างขวาง พร้อมทั้งมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึง

มีความสนใจศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูผลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 คือ การสื่อสารแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 4 กำกับติดตามผลการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย และขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ในการติดตามผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาจากอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย รูปแบบเดิม กับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินความพึงพอใจภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลฆ้องชัย ในปี 2566 และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องถึงปี 2567 จำนวน 375 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฆ้องชัยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลฆ้องชัย ในปี 2566 และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องถึงปี 2567 จำนวน 375 ราย จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณสัดส่วนประชากรจำกัดจากโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามสูตร

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

แทนค่า Z(0.975) = 1.96 , N = 375, p = 0.486, d = 0.05, n = 189.94

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฆ้องชัยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลฆ้องชัย ในปี 2566 และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องถึงปี 2567 จำนวน 190 ราย โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) อ่านออก เขียนได้และสื่อสารเข้าใจ 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฆ้องชัย 4) มีผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Peak Flow Meter 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนเสร็จสิ้นการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามรูปแบบ 2) มีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินประสิทธิผล คือ แบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาจากผู้เชียวชาญทางด้านคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านระบาดวิทยา จำนวน 3 ท่าน เพื่อ

รวบรวมข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลฆ้องชัย

ส่วนที่ 3 การใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัดเชิง ปริมาณจากอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย ย้อนหลังจากฐานข้อมูลทุติยภูมิตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 – 30 กันยายน 2567 จากแหล่งข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากฐานข้อมูล Hos-Xp โรงพยาบาลฆ้องชัย และข้อมูลจากการบันทึกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกรมการแพทย์ ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค (COPD) โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ อาชีพ หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรค การออกกำลังกาย การใช้ยาที่ถูกวิธี

2. ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลฆ้องชัย จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากฐานข้อมูล Hos-Xp โรงพยาบาลฆ้องชัย และใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์ ตามรหัส ICD-10 ได้แก่ J440 (Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection), J441 (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified), J448 (Other specified chronic obstructive pulmonary disease) และ J449 (Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified)

3. ข้อมูลการใช้ยา โดยใช้แบบประเมินอาการและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินการใช้ยาทางอ้อมจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลจำนวนยาที่แพทย์สั่ง ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมาตรวจตามที่แพทย์นัด

4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (คะแนน 5 คะแนนหมายถึง มากที่สุด และคะแนน 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และมีการใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลฆ้องชัย ในช่วงที่ทำการศึกษา ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test ซึ่งก่อนใช้สถิติดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฆ้องชัย ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์แล้วเท่านั้น โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะในการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งการ

นำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นการนำเสนอข้อมูลภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ได้เป็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated COPD Care Model) โรงพยาบาลฆ้องชัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 4 ระดับ ดังนี้

5 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ระบบการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care System) ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การดูแลรักษาตามแนวทางมาตรฐาน (Standardized COPD Management) 3) การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 เครือข่ายการดูแลสุขภาพ (Health Care Network) ได้แก่ 1) เชื่อมโยงการดูแลระหว่าง โรงพยาบาล –โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล – อสม. 2) มีทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด) 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาผู้ป่วยในชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารและการให้ความรู้ (Patient Education & Communication) ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลเรื่องโรคและแนวทางการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสอนเทคนิคการใช้ยาแบบ DPI/MDI อย่างถูกต้อง 3) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เลิกบุหรี่ ลดฝุ่นควันในบ้าน

องค์ประกอบที่ 4 ระบบติดตามผลทางคลินิก (Clinical Monitoring System) ได้แก่ 1) การตรวจสมรรถภาพปอดเป็นระยะ (Peak Flow Meter) 2) การประเมินอาการและอัตราการกำเริบของโรค 3) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบสุขภาพดิจิทัล

องค์ประกอบที่ 5 การประเมินผลลัพธ์และพัฒนาระบบ (Outcome Evaluation & System Improvement) ได้แก่ 1) ติดตามอัตราการเข้ารักษาซ้ำและอาการกำเริบ 2) ประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา (Medication Adherence) 3) วัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เข้าใจโรคและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ระดับที่ 2 ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดทำงานร่วมกัน

ระดับที่ 3 เครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระดับที่ 4 ระบบข้อมูลและการประเมินผล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบการดูแล

2. ผลการสื่อสารแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ในระยะนี้ดำเนินการสื่อสารรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated COPD Care Model) โรงพยาบาลฆ้องชัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ระกอบ 4 ระดับ ไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ ก่อนเข้าสู่ระยะของการทดลองใช้ในพื้นที่ศึกษา

3. การนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะนี้ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated COPD Care Model) โรงพยาบาลฆ้องชัยซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ระกอบ 4 ระดับ ที่พัฒนาขึ้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลฆ้องชัยเพื่อขออนุญาตในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลฆ้องชัย จากนั้นดำเนินการตามแผนที่วางไว้

4. ผลการกำกับติดตามผลการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลฆ้องชัย ผลการติดตามการทำลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ

บูรณาการ (Integrated COPD Care Model) โรงพยาบาลฆ้องชัย ในช่วงที่ทำการศึกษา เป็นดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 124 ราย พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 72.49 ปี (SD. 10.42 ปี) โดยมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ 72.8 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ) ในส่วนของดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงสมส่วน (ร้อยละ 40.3) รองลงมาคือกลุ่มน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 21.8) และโรคอ้วน (ร้อยละ 19.4) ขณะที่กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 12.1 และกลุ่มที่มีภาวะโรคอ้วนอันตรายอยู่ที่ร้อยละ 6.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี 6 เดือน (SD. 9.43 ปี) และพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.7) เบาหวาน (ร้อยละ 16.1) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 9.7) และวัณโรคหรือมีพยาธิสภาพที่ปอดจากการป่วยเป็นวัณโรค (ร้อยละ 8.9) นอกจากนี้ยังพบโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 7.3) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 45.2) ขณะที่ร้อยละ 33.9 ยังสูบบุหรี่ และร้อยละ 21.0 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ปริมาณการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 44.6 ไม่สูบเลย ส่วนที่สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวันมีร้อยละ 25.6 และกลุ่มที่สูบ 10-19 มวนต่อวันมีร้อยละ 24.0 ในด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีพที่มีผลต่อการเกิดโรค พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 37.9 อาศัยอยู่กับบุคคลที่สูบบุหรี่ ขณะที่ร้อยละ 19.4 อยู่ใกล้ฝุ่น ควัน หรือสารเคมี โดยอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรค ได้แก่ ก่อสร้าง (ร้อยละ 5.6) เผาถ่าน (ร้อยละ 4.0) ช่างเสริมสวย (ร้อยละ 3.2) และอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมี เช่น ย้อมผ้า และทำเฟอร์นิเจอร์ (ร้อยละ 2.4)

การใช้ยาและความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ (ร้อยละ 76.6) ขณะที่ร้อยละ 23.4 ใช้ยาไม่ถูกต้อง ด้านเทคนิคการใช้ยาสูตร DPI/MDI พบว่า ร้อยละ 73.4 ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ขณะที่ร้อยละ 26.6 ใช้ยาไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) พบว่า ร้อยละ 69.4 มีความร่วมมือที่ดี ขณะที่ร้อยละ 30.6 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (ตารางที่ 1)

5. การประเมินผลและการติดตามผู้ป่วย ดังนี้

การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยร้อยละ 85.5 ไม่ได้เข้ารับการรักษาซ้ำ ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการ อัตราการเข้ารักษาซ้ำลดลง โดยร้อยละ 88.7 ของผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 3-4 ครั้งลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 2) จากการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่เกิดอาการกำเริบลดลงจาก 0.37 (SD. 1.032) ครั้ง เป็น 0.15 (SD. 0.855) ครั้ง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบใหม่นี้พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (Mean = 4.01, SD = 0.068) โดยหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ “เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา” (Mean = 4.09, SD = 0.744) และ “เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อท่านรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล” (Mean = 4.08, SD = 0.739) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังให้คะแนนสูงในด้านความปลอดภัยของบริการที่ได้รับ (Mean = 4.03, SD = 0.764) และการให้ความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ (Mean = 3.87, SD = 0.855) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในทุกมิติของบริการ (ตารางที่ 4)

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผ่านกระบวนการวิจัยและ

พัฒนา 5 ขั้นตอน นำไปสู่การสร้าง “Integrated COPD Care Model” ซึ่งประกอบด้วยการดูแลแบบองค์รวม เครือข่ายสุขภาพ การสื่อสารและให้ความรู้ ระบบติดตามผลทางคลินิก และการประเมินผลลัพธ์ ผลการทดลองในผู้ป่วย 124 ราย พบว่า รูปแบบการดูแลดังกล่าวช่วยลดอาการกำเริบเฉียบพลัน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.001) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในการรักษาและความปลอดภัยของบริการ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลผู้ป่วย COPD อย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 72.49 ปี (SD = 10.42 ปี) และมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 72.8 และ 18.4 ตามลำดับ) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในหลายประเทศที่โรค COPD มักพบในผู้สูงอายุและเพศชายมากกว่าเพศหญิง[5] อย่างไรก็ตาม แนวโน้มในปัจจุบันพบว่าอัตราการเกิดโรคในเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเพศหญิง[6,7,8] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงสมส่วน (ร้อยละ 40.3) รองลงมาคือกลุ่มน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 21.8) และโรคอ้วน (ร้อยละ 19.4) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์พบร้อยละ 12.1 และโรคอ้วนอันตรายร้อยละ 6.5 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย (BMI) และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบกลุ่มน้ำหนักเกินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมา คือ โรคอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 22 และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 12 [9] ซึ่งภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อการดำเนินโรค COPD โดยภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อาจสัมพันธ์กับการทำงานของปอดที่ลดลงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ขณะที่โรคอ้วนสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด[10]

ระยะเวลาที่เป็นโรค COPD เฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี 6 เดือน (SD = 9.43 ปี) โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.7) เบาหวาน (ร้อยละ 16.1) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 9.7) การมีโรคร่วมเพิ่มความซับซ้อนในการรักษาและอาจเพิ่มอัตราการกำเริบของโรค การจัดการโรคร่วมอย่างเหมาะสมสามารถลดอัตราการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้[11,12] ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 45.2) ขณะที่ร้อยละ 33.9 ยังสูบบุหรี่ และร้อยละ 21.0 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรค COPD การเลิกสูบบุหรี่สามารถชะลอการดำเนินโรคและลดอัตราการกำเริบได้[13,14] ผู้ป่วยร้อยละ 37.9 อาศัยอยู่กับบุคคลที่สูบบุหรี่ และร้อยละ 19.4 อยู่ใกล้ฝุ่น ควัน หรือสารเคมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรค ได้แก่ ก่อสร้าง (ร้อยละ 5.6) และเผาถ่าน (ร้อยละ 4.0) การสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษหรือสารเคมีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรค COPD (15) (16) (17) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 45.2) ขณะที่ร้อยละ 33.9 ยังสูบบุหรี่ และร้อยละ 21.0 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ปริมาณการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 44.6 ไม่สูบเลย ส่วนที่สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวันมีร้อยละ 25.6 และกลุ่มที่สูบ 10-19 มวนต่อวันมีร้อยละ 24.0 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรค COPD[15] ดังนั้น การลดหรือหยุดสูบบุหรี่จึงเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและจัดการโรคนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ (ร้อยละ 76.6) ขณะที่ร้อยละ 23.4 ใช้ยาไม่ถูกต้อง ด้านเทคนิคการใช้ยาสูตร DPI/MDI พบว่า ร้อยละ 73.4 ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ขณะที่ร้อยละ 26.6 ใช้ยาไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) พบว่า ร้อยละ 69.4 มีความร่วมมือที่ดี ขณะที่ร้อยละ 30.6 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาและความกังวลจากการใช้ยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย

COPD[18] ดังนั้น การให้ข้อมูลและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย

การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยร้อยละ 85.5 ไม่ได้เข้ารับการรักษาซ้ำ ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการ อัตราการเข้ารักษาซ้ำลดลง โดยร้อยละ 88.7 ของผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่เกิดอาการกำเริบลดลงจาก 0.37 ครั้ง เป็น 0.15 ครั้ง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาอื่น ๆ ยังสนับสนุนว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้ความรู้โดยเภสัชกรสามารถลดการกำเริบของโรคและปรับปรุงสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD ได้

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบใหม่นี้พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (Mean = 4.01, SD = 0.068) ผู้ป่วยให้คะแนนสูงในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการรักษาต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD ได้[19,20] สรุปได้ว่าการจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการสัมผัสสารระคายเคือง การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยง

1. ควรส่งเสริมมาตรการลดการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่ การออกกฎหมายควบคุมมลพิษในที่ทำงาน และมาตรการป้องกันในอุตสาหกรรมที่ใช้สารเคมี

2. ควรพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการใช้ยา เช่น การให้คำแนะนำโดยเภสัชกร การใช้เทคโนโลยีช่วยเตือนการใช้ยา และการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชั่น

3. ควรมีการนำแนวทางการดูแลแบบองค์รวม เช่น การติดตามอาการผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกำเริบ มาใช้มากขึ้น

4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient-centered care) และเพิ่มการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาว เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยาและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

2. ประเมินผลกระทบของ Telemedicine ต่อการลดอัตราการเกิดอาการกำเริบ

3. ศึกษาแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในที่ทำงาน เช่น การพัฒนากฎระเบียบด้านความปลอดภัยและการป้องกันโรคในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง

ข้อจำกัด

การวิจัยนี้อาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูล Hos-Xp ซึ่งอาจมีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วน ความถูกต้อง หรือความสอดคล้องของข้อมูลที่บันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษานี้แม้ว่าจะใช้วิธีสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ขึ้นทะเบียน แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาจากโรงพยาบาลฆ้องชัยเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อื่น รวมถึงอาจมี selection bias เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มที่มีภาวะรุนแรงหรือมีข้อจำกัดทางร่างกายถูกคัดออก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขอขอบคุณคณะผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงให้ข้อมูลและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Marçôa R, Rodrigues DM, Dias M, Ladeira I, Vaz AP, Lima R, et al. Classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) according to the new Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017: Comparison with GOLD 2011. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2018;15(1):21-6.
2. อัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [Internet]. 2567 [cited 17 ส.ค. 2567]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95.
3. พรรณภัทร สินธุแปลง, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2021;4(2):205-18.
4. Ekkamart B, Matchim Y, Mamom J, Sangsayunh P. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Symptomatic Experiences. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(2):80-92.
5. Morena D, Izquierdo JL, Rodríguez J, Cuesta J, Benavent M, Perralejo A, et al. The Clinical Profile of Patients with COPD Is Conditioned by Age. J Clin Med. 2023;12(24).
6. โรคร่วมและการพยากรณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Prognosis of COPD) [Internet]. 2562. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/6420.
7. Chinwong D, Mookmanee N, Chongpornchai J, Chinwong S. A Comparison of Gender Differences in Smoking Behaviors, Intention to Quit, and Nicotine Dependence among Thai University Students. J Addict. 2018;2018:8081670.
8. Jafari A, Rajabi A, Gholian-Aval M, Peyman N, Mahdizadeh M, Tehrani H. National, regional, and global prevalence of cigarette smoking among women/females in the general population: a systematic review and meta-analysis. Environ Health Prev Med. 2021;26(1):5.
9. Putcha N, Anzueto AR, Calverley PMA, Celli BR, Tashkin DP, Metzdorf N, et al. Mortality and Exacerbation Risk by Body Mass Index in Patients with COPD in TIOSPIR and UPLIFT. Ann Am Thorac Soc. 2022;19(2):204-13.
10. Drozdz D, Alvarez-Pitti J, Wójcik M, Borghi C, Gabbianelli R, Mazur A, et al. Obesity and Cardiometabolic Risk Factors: From Childhood to Adulthood. Nutrients. 2021;13(11).
11. สวนศรี พ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 1 ราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2024;2(1):e268830.
12. Choi JY, Song JW, Rhee CK. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Combined with Interstitial Lung Disease. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2022;85(2):122-36.
13. Laniado-Laborín R. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parallel epidemics of the 21 century. Int J Environ Res Public Health. 2009;6(1):209-24.

14. Rey-Brandariz J, Pérez-Ríos M, Ahluwalia JS, Beheshtian K, Fernández-Villar A, Represas-Represas C, et al. Tobacco Patterns and Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results From a Cross-Sectional Study. Archivos de Bronconeumología. 2023;59(11):717-24.
15. Nihlén U, Nyberg P, Montnémery P, Löfdahl C-G. Influence of family history and smoking habits on the incidence of self-reported physician's diagnosis of COPD. Respiratory Medicine. 2004;98(3):263-70.
16. Lu Z, Coll P, Maitre B, Epaud R, Lanone S. Air pollution as an early determinant of COPD. Eur Respir Rev. 2022;31(165).
17. Hansel NN, McCormack MC, Kim V. The Effects of Air Pollution and Temperature on COPD. Copd. 2016;13(3):372-9.
18. วิริยะโชติ อ, วัฒนกิจไกรเลิศ ด, เจริญกิจการ ว, เดชสมฤทธิ์ฤทัย ว. อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับ คอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(3):187-96.
19. คำนิยม ศ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ใน 28 วัน: โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 2024;26(1):98-112.
20. Qian Y, Cai C, Sun M, Lv D, Zhao Y. Analyses of Factors Associated with Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023;18:2707-23.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 491
อภิชญา อารีเอื้อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลเขาวง 499
สุนทรา พลเจริญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 509
นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 516
สุริยนต์ หล้าคำ ,สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ ,ธวัชชัย เติมใจ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง 531
คมกฤษ วิเศษ

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 544
ปริศนา ท้าวฤทธิ์

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา ... 554
วรชัย ใจเย็น

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 563
ทรงศรี สาริบุตร ,อัญชะนา สงโพธิ์กลาง

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ 576
ดวงเดือน สิทธิพานิช

ผลการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี 584
ภัทรวดี สุวรรณรัตน์ , สิริพร นาโถ ,เรณู อินทร์ตา

ผลของการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่ง 594
ขนิษฐา ประดุจพรม ,ปรารถนา วันดี ,รำไพ หาญมนต์ ,พรพิมล อ่ำพิจิตร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่รักษาในโรงพยาบาลงาว 603
ปาริชาติ ปิยวรกุล

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง 611
พนิดา วิชา

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี 620
หทัยรัตน์ จีนเท่ห์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงใน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์:การวิจัยและพัฒนา 630
ชนิศา เสนคราม

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 638
สุมาลี ช่างกล

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี ... 647
รังสิมันต์ ทองสวัสดิ์ ,ลักษมีกานต์ สิริกาญจนชัยกุล

ปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 661
โกลัญญา ต่างวิวัฒน์ ,วรากร คำน้อย

ความชุก และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย 669
วศินันท์ พลพืชน์

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี 675
กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง

ผลของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 681
เฉลิมวัฒน์ เสือลอย ,ยุทธนา นุ่นละออง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ... 692
พิทยา หล้าวงค์

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 700
ลลิดา วุฒิพลากร

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 707
สังคม สุวรรณกูฏ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ... 716
ปริชาติ แสนชาติ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 37 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป การส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน การบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้นการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด บันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model for developing the potential of personnel in research production Kalasin Hospital Kalasin Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

อภิชญา อารีเอื้อ[1]
Abhichaya Areeauey[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา 2)ประชุมวางแผน จัดทำแผนปฏิบัติการ 3)จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านงานวิจัยแก่บุคลากร 5 ระยะ 4) กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพ Mentor ด้านงานวิจัย 5) กิจกรรมการนำเสนอและเผยแพร่ผลงานวิจัย 6)การสังเกตและประเมินผล กิจกรรม 7) การถอดบทเรียนและสะท้อนแนวคิดการพัฒนางานวิจัย กระบวนการดังกล่าวนี้ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ การปฏิบัติการวิจัย และความพึงพอใจ ในการทำวิจัย เพิ่มสูงขึ้นก่อนดาเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) เกิดนักวิจัยหน้าใหม่ 40 คน เกิดผลงานวิจัย 56 เรื่อง ตีพิมพ์ 16 เรื่อง มีการขยายผลการทำวิจัยในทุกหน่วยงาน เกิดทีมวิจัยที่เข้มแข็ง เกิดภาคีเครือข่ายด้านวิชาการที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วย เกิดการพัฒนาระบบบริการในด้านต่างๆ นักวิจัยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและสร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร เกิดการพัฒนาคู่มือ แนวปฏิบัติ และนวัตกรรมที่พัฒนาต่อเนื่องจากงานวิจัย และเกิดผลงานเป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณชน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การผลิตผลงานวิจัย, รูปแบบการพัฒนา

Abstract

This action research aimed to study the appropriate model for developing the potential of personnel in research production at Kalasin Hospital, Kalasin Province. The sample group consisted of 80 executives, hospital research committee members, and personnel. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were collected using a developed questionnaire, while qualitative data were collected using interviews and focus group discussions. The reliability values were 0.86 and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using Paired Samples t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results found that the process used in this study consisted of 7 steps: 1) Study the context of the area, analyze the problem, 2) Planning meeting, create an action plan, 3) Organize were training activity to provide knowledge on research to personnel in 5 stages. 4) Promote the potential of Mentors in research work 5) Activities to present and disseminate research results 6) Observation and evaluation activities 7) Lessons learned and reflection on research development concepts. This process resulted in the target group having a change in knowledge, research practice, and satisfaction in doing research were found that increased significantly before the development (p-value <0.05). Had 40 new researchers were born, 56 research papers were produced, and 16 were

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

published. Expanding research results in all units, creating strong research teams, and creating diverse academic networks, resulting in patients having a better quality of life, reducing complications of the disease, increasing patient access to services, and developing service systems in various areas. Researchers gain pride in themselves and build reputation for the organization. Manuals, practices, and innovations are developed continuously from research, and the results are publicly recognized.

Keywords: Human resource development, Research production, Development model

บทนำ

การวิจัยถือเป็นรากฐานสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาการทำงาน แนวคิดการพัฒนาประเทศภายใต้นโยบาย ไทยแลนด์ 4.0 มีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาและสร้างสรรค์นวัตกรรมหรืองานวิจัย เพื่อสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น [1]ดังจะเห็นได้จากในทุกองค์กร ทุกสาขาวิชาต่างสนับสนุนให้องค์กรหรือหน่วยงานของตนสร้างงานวิจัยเพื่อนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจในการปรับปรุงงานและพัฒนาองค์กร โดยในการทำวิจัยมีเป้าหมายเพื่อนำเสนอข้อมูลสำหรับการวางแผน กำหนด นโยบาย และตัดสินใจทางการบริหารให้สามารถบรรลุเป้าหมายหรือเป็นการวิจัยที่สนับสนุนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น [2] นอกจากนี้การทำวิจัยมีเป้าหมายอีกอย่าง คือ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี [3] ดังนั้น โจทย์ของการวิจัยในโรงพยาบาลจึงมีที่มาจากปัญหาหรือความต้องการที่ปรากฏอยู่ในงานประจำที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดความรู้ เพื่อนำมาพัฒนางานประจำขณะเดียวกันทำให้คนที่ทำงานประจำมีโอกาสได้สร้างสรรค์ความคิด ทดลอง และตั้งโจทย์ของการวิจัยให้มีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากนั้นจึงทำการค้นคว้า เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และ สรุปผลการวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษาจึงนำกลับไปพัฒนางาน ประจำให้ดีขึ้น หรือช่วยลดภาระงานประจำลงได้ [4]

งานวิจัยยังเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการความรู้ (Knowledge Management) โดยเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทุกคน เป็นการสร้างเครือข่ายและการถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนางานองค์กรและผู้ใช้บริการ[5]โดยงานวิจัยที่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้นำองค์กรต้องเห็นความสำคัญและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเต็มกำลัง และต้องมีกระบวนการสื่อสารที่ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งผ่านข้อมูลความรู้ นอกจากนั้นแล้ว ต้องสนับสนุนด้านเวลาให้ผู้ทำวิจัยอย่างเหมาะสม ตลอดจนต้องมีผู้อำนวยความสะดวก เช่น ฝ่ายวิจัยขององค์กร ผู้เชี่ยวชาญพี่เลี้ยงเข้าไปช่วยเป็นที่ปรึกษา แนะนำให้งานวิจัยสามารถเกิดขึ้นได้ โดยความต้องการในการทำวิจัยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคลโดยปัจจัยภายใน เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการทำวิจัย ความรู้และทักษะการทำวิจัย และการจัดเวลาในการทำวิจัยส่วนปัจจัยภายนอกเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากสถาบัน และการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัย[5] และยังพบว่าปัญหาและความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือด้านความรู้ ความเข้าใจในการทำวิจัย ด้านงบประมาณในการทำวิจัย ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์เพื่อการวิจัยด้านการส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัย ด้านการจัดสรรเวลาในการทำวิจัย ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคล ได้แก่ อายุระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะงานที่ปฏิบัติต่างกันส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำวิจัยแตกต่างกัน[6]การส่งเสริมความต้องการและความ สามารถในการทำวิจัยจึงจำเป็นต้องสนับสนุนทั้งด้านความรู้และทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการประชาชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านการ

ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลขั้น 3 ซึ่งพบสถานการณ์การผลิตผลงานวิจัยของบุคลากร ใน 3 ปี ที่ผ่านมา ปี 2564-2566 มีการผลิตผลงานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 38.47,50.28 และ 60.24ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80[7] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart มาเป็นกรอบในการวิจัย ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 – กันยายน พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารและดำเนินงานโรงพยาบาล จำนวน 120 คน คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาล จำนวน 20 คน บุคลากรในหน่วยงาน ที่เข้าสู่กระบวนการวิจัยจำนวน 100 คน รวม 240 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 80 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน จำนวน 20 คน 2) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาล จำนวน 10 คน ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัย (Inclusion criteria)

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) เป็นผู้ที่มีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด 2) ขอยกเลิกเข้าร่วมการวิจัย 3) ย้ายหน่วยงานหรือโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการประชุมทีม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากร เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดการประมาณค่า (Rating scale) และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2

แบบสอบถามความรู้ด้านงานวิจัย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะด้านการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ชุดที่ 2 ความพึงพอใจต่อการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

มากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน

มาก หมายถึง เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาระดับความคิดเห็นจากค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

ความพึงพอใจ เกณฑ์การให้คะแนน

มาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00

ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67

น้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับหน่วยงาน ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวข้อง กับการผลิตผล

งานวิจัย กระบวนการในการทำงานทุกขั้นตอน และศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ การประชุมทีม และ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ content analysis

ระยะที่ 2 เข้าสู่กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) P-A-O-R เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นวางแผน (Planning)

P1: นำข้อมูลที่ได้ร่วมวิเคราะห์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การประชุม ระดมความคิดเพื่อกำหนดรูปแบบร่วมกัน คืนข้อมูลให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับรู้สถานการณ์ร่วมกัน

P2: การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย

ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) การปฏิบัติตามแผน นำรูปแบบที่ได้จากการประชุมวางแผนสู่ ไปปฏิบัติจริง Implement ตามแผนที่ได้วางไว้

ขั้นสังเกต (Observation) ประเมินติดตามรูปแบบ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามกำกับ ประเมินผลร่วมกัน

ขั้นสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ (Reflection) นำผลที่ได้จากการสังเกต ประเมิน สรุป และสะท้อนข้อมูลที่ต้องมีการปรับปรุงหรือปรับรูปแบบ ให้กับทีม เพื่อนำเข้าสู่ กระบวนการพัฒนาอีกรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1.ผลการศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

1.1 ลักษณะทางประชากร จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.50 มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 92.50 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.75 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 16 - 27 ปี ร้อยละ 48.75 ประสบการณ์ในการทำงาน เกี่ยวกับการผลิตผลงานวิจัยอยู่ระหว่าง 0 – 5 ปี ร้อยละ 32.50 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านการวิจัยมาแล้วร้อยละ 69

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำวิจัย ทักษะการทำวิจัย และปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ มีผลต่อการทำวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายการทำวิจัยของบุคลากร ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 11.80 (R2adj = 0.118)

2. ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1.1 มีการประชุมทีม วางแผนเตรียมการวิจัย ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ ผู้วิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงหน้างานเพื่อสื่อสารแก่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 80 คนพร้อมทั้ง อธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทุกคน ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตผลงานวิจัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ไว้ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1. ประกาศนโยบายการผลิตผลงานวิจัย เป็นนโยบายในการพัฒนาองค์กร 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยสู่เวทีระดับประเทศ 5 ระยะ 3.พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงงานวิจัย 4.มหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 5.การถอดบทเรียน การผลิตผลงานวิจัย

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Doing)

2.1 ประกาศนโยบายการผลิตผลงานวิจัย เป็นนโยบายในการพัฒนาองค์กร ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีการผลิตผลงานวิจัย กำหนด Quality point ในการผลิตวิจัย การนำเสนอผลงานในเวทีระดับต่าง ๆ รวมทั้งการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการกำกับติดตามขององค์กร ให้หน่วยงานมีการผลิตผลงานวิจัยทุกหน่วยงาน บุคลากรรับทราบนโยบาย และถือปฏิบัติ

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยสู่เวทีระดับประเทศ 5

ระยะ สรุปผลงานหลังวิจัย 5 ระยะ พบว่ามีผลงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์ เขียนเล่มรายงานวิจัย จำนวน 32 เรื่อง ส่งนำเสนอเวทีระดับเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 35 ผลงาน ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอ จำนวน 10 ผลงาน และได้รับรางวัลจำนวน 3 ผลงาน ส่งผลงานนำเสนอในเวทีระดับประเทศ งานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 32 ผลงาน ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอ 10 ผลงาน และได้รางวัลวิชาการยอดเยี่ยมระดับกระทรวง จำนวน 3 รางวัล ส่งตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จำนวน 16 เรื่อง

2.3 พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงงานวิจัย ในโครงการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงด้านงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีพี่เลี้ยง (Mentor) จำนวน 8 คน ทุกคนผ่านการประเมินทักษะการเป็นพี่เลี้ยงงานวิจัย

2.4 โครงการมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สรุปผลโครงการ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ 92.57% มีผลงานวิจัยที่เข้าร่วมนำเสนอในเวทีมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และงานวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดังนี้ ผลงานวิจัยประเภทโปสเตอร์ จำนวน 32 ผลงาน ผลงานวิจัยประเภทนำเสนอทางวาจา จำนวน 10 ผลงาน ผลงานนวัตกรรม จำนวน 6 ผลงานโดยผู้เข้าร่วมโครงการได้รับใบประกาศการเข้าร่วมนำเสนอทุกผลงาน มีรางวัลประเทศการประกวดผลงาน ผลงานดีเด่น ชนะเลิศ รองชนะเลิศ เพื่อเป็นการกระตุ้น และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้นำเสนอผลงาน

2.5 การถอดบทเรียน การผลิตผลงานวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สรุป ทีมบริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการผลิตผลงาน

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation)

3.1 ความรู้ด้านการวิจัย จากการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ระดับสูงร้อยละ20.00 (Mean =14.75;SD =1.62) และหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.25 (Mean = 17.06; SD = 1.02)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในด้านการวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์หลังการพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	14.75	1.62	2.31	1.90-2.71	79	-11.38	<0.001*
หลังพัฒนา	80	17.06	1.62					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ด้านการปฏิบัติการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาล จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมด้านพัฒนางานวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.96 รองลงมาคือ มาก ร้อยละ 37.97 และน้อย ร้อยละ 5.06 (Mean = 2.29; SD = 0.32) และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับ การปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.75 รองลงมาคือ ปานกลาง ร้อยละ 17.50 และน้อย ร้อย ละ 3.75 (Mean = 2.65; SD = 0.32)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมด้านการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมด้านการวิจัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมด้านการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

การปฏิบัติกิจกรรมด้านการวิจัย	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.29	0.32	0.36	0.29-0.43	79	-9.79	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.69	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลกรด้านการวิจัย จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.33 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 38.67และระดับน้อย ร้อยละ 16.00 (Mean = 2.20; SD = 0.50) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.75 และระดับน้อย ร้อยละ 2.50 (Mean = 2.56; SD = 0.32)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำวิจัยเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำวิจัย ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ความพึงพอใจในการทำวิจัย	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.20	0.50	0.36	0.25-0.47	79	-6.53	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.56	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ การจัดการความรู้ที่เป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจน เหมาะสม และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างกลุ่มผู้เรียนรู้ ส่งผลให้เกิดเครือข่ายด้านการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมในองค์กรอย่างเข้มแข็งเกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการทบทวนบริบท ของการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่แล้วบุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ทำวิจัย คือ ผู้ปฏิบัติการในหน้างานซึ่งต้องการการสนับสนุนและจัดสรรเวลาและทรัพยากรในการทำวิจัย และต้องการความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการทำวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญไทย จันทรเสนา [8]ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วบุคลากรทำวิจัยคนเดียว ทำให้ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการขยายผลมีน้อย นอกจากนี้แล้วยังพบว่าแรงจูงใจด้านงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย ไม่มี ขาดการฝึกอบรมด้านการวิจัยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีความรู้ในการทำวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณ รื่นแสง และคณะ[9] ที่พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่บุคลากรไม่ทำวิจัยเพราะขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัย

2. ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานวิจัย ที่เรียกว่า KLS Modelที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยเน้นการสร้างเครือข่ายและการจัดการความรู้ที่ดีและ ต่อเนื่อง มีระบบพี่เลี้ยงควรสนับสนุน ทำให้เกิดระบบการบริหารจัดการเพื่อการส่งเสริมผลักดัน และสนับสนุนในการสร้างงานวิจัย จากการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ ฐินันท์พัทธ์ รวมธรรม[10] ที่ศึกษา รูปแบบการพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและนวัตกรรมในงานประจำ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กรเป็นมาตรการสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม จึงควรส่งเสริมและสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ที่หลากหลายใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในองค์กรให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน และควรผลักดันนโยบายการสร้างงานวิจัยในโรงพยาบาล

2.ควรส่งเสริมให้มีทีมพี่เลี้ยงงานวิจัยที่ครอบคลุมในทุกสาขา เพื่อเป็นประโยชน์ในการเป็นที่ปรึกษางานวิจัย และร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กร จากรุ่นสู่รุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตรวจคุณภาพของเครื่องมือให้ ขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีส่วนร่วมกับงานวิจัยในครั้งนี้

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. บุญไทย จันทรเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู Journal of Graduate Research,. Vol. 4 No. 2 (2013): July- December 2013
8. นพวรรณ รื่นแสง. ปัจจัยส่งผลต่อการทำวิจัยบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Factors affecting in conducting research by support staff at Mahasarakham University (MSU). วารสารสาระคาม:ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564
9. ฐินันท์พัทธ์ รวมธรรม. รูปแบบการพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและนวัตกรรมในงานประจำโรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโรงพยาบาลเขาวง

The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention Peripheral Intravenous Infection in Khao Wong Hospital.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

สุนทรา พลเจริญ[1]
Suntra Ponjaroen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์งานวิจัยนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ มกราคม – มีนาคม 2568 รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมี 9 ข้อ 1) การฝึกอบรม 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ 3) การทำความสะอาดมือ 4) การแทงเข็มให้สารน้ำ 5) การดูแลตำแหน่งที่แทงเข็ม 6) การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ 7) การเปลี่ยนสายและเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำ 8) การเปลี่ยนขวดให้สารน้ำ 9) การเตรียมและให้ยาฉีด ด้านความรู้พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติสูงมากกว่าเดิมร้อยละ 88.2 ด้านปฏิบัติพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติสูงมากกว่าเดิมร้อยละ 89.5 ด้านอุบัติการณ์หลังใช้แนวปฏิบัติการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเกรด 1 จำนวน 2 คน เกรด 2 จำนวน 1 คน ไม่พบอุบัติการณ์ระดับ 3 กับ 4 และด้านความพึงพอใจของพยาบาลร้อยละ 85.3 พบสาเหตุของปัญหาคือการใช้ ยาเสี่ยงสูง ทางทีมพัฒนาจึงเพิ่มเติมแนวปฏิบัติให้ใช้ยาอย่างเคร่งครัดถ้าให้ยา ครั้งเดียวให้ หยุดเส้นไม่ต้อง On heparin lock หลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3 เดือน ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย,การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

Abstract

The action research aimed to develop Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) for Prevention Peripheral Intravenous Infection in Khao Wong Hospital.The Guidelines Developing was applied the conceptual of the National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australia as a framework. The study sample was selected by purposive sampling included; the Developing team comprised of 10 nurses, and 40 nurses who has been working for at least one year from all wards to implement and evaluate the CNPG. The content of the CNPG were validated and approved by three experts. The CNPG was tested on patients with Peripheral Intravenous catheters and collected data from August to October 2023, was based on feasibility questionnaires of nurses opinions. The data was analyzed by descriptive statistics.

Results revealed that the CNPG consists of nine major components including; 1) Training; 2) Surveillance for infection in patients receiving peripheral venous fluids; 3) Hand washing; 4) Inserting a needle to deliver fluid; 5) Taking care of the needle position; 6) Changing the infusion set; 7) Changing the line and changing the location of the fluid; 8) Changing fluid bottles; 9) Preparing and administering intravenous injections. A high level of nurses (89.3) and root case analysis for High Alert Drug must Give the medicine strictly according to the instructions. If giving 1 dose removal.held the opinion that the feasibility test

[1] โรงพยาบาลเขาวง

revealed that CNPG can help resolve problems in the clinical unit, as well as benefit patients through better outcomes.

Keyword: Development of Clinical Nursing Practice Guidelines, Peripheral Intravenous Infection, Prevention Peripheral Intravenous Infection

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Intravenous Catheters ; PIVC) เป็นหัตถการในการรักษาพยาบาลที่บุคลากรสุขภาพให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมากที่สุดในโรงพยาบาล[1,2] โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 จะได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล[3] วัตถุประสงค์ของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันกันตามแผนการรักษา เช่น เพื่อให้สารน้ำ เกลือแร่ สารอาหาร วิตามิน และเป็นแหล่งพลังงานแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้อาหารทางปากได้หรือได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การรักษาภาวะสมดุลของน้ำและสารน้ำในร่างกาย การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือเพื่อการบริหารยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น และองค์การอนามัยโลกได้รับรายงานจากหลายประเทศทั่วโลกพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมในการทำหัตการต่างๆของบุคลากรสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล[4] ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิตและเป็นการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ[5]

การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตดั่งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1.3 ล้านคนทั่วโลกเกิดจากการติดเชื้อดื้อยาและสาเหตุหลักของการติดเชื้อดื้อยามาจากการให้สารน้ำเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล[6] เช่นเดียวกับการศึกษาใน 25 ประเทศทั่วโลกพบว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการให้สารน้ำเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยสียชีวิตร้อยละ 23.6 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด[7] รวมทั้งมีการศึกษาในทวีปยุโรปพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นอันดับสองซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ[8] องค์การอนามัยโลกยังประมาณการว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการรักษาของบุคลกรสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 24.4 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 52.3 สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต[9] และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำนอกจากการเสียชีวิตแล้วยังทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น 7.54 ถึง 23.65 วัน[10] เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น4,888.42 ถึง 85,137 เหรียญสหรัฐต่อราย[11]สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกและผลกระทบของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดปฐมภูมิทำให้ระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 11.6 วัน และค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเฉลี่ย 6,249 บาท ต่อการติดเชื้อ1ครั้ง[12] ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสุขภาพทุกคนควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 57 [13]หน่วยงานควรพัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล(Clinical nursing practice guidelines) เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง รับบริการตรวจโรคทั่วไปและรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน 2 หอคือหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิงหอละ 30 เตียง มีบริการทำคลอดปกติอีก 4 เตียงรวมทั้งมีห้องผ่าตัดให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งได้ จากการศึกษาข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประมาณร้อยละ 82.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด และจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า การปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของบุคลากรพยาบาลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยยึดหลักแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ทำสืบต่อกันมาเป็นระยะเวลานาน ขาดการทบทวนวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จากการเฝ้าระวังพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อกระแสโลหิตจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายดังนี้ ปีพ.ศ.2564 พบผู้ป่วย 1 ราย ปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วย 1 ราย โดยลงรายงานเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 3-4 และในปี 2566 พบผู้ป่วย 5 รายและ 3 รายเกิดในหอผู้ป่วยเดียวกันและผู้ป่วย 1 รายต้องส่งต่อโรงพยาบาลในระดับสูงกว่า ดังนั้นทางคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical nursing practice guidelines) ในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ครอบคลุมองค์ความรู้ และใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อที่จะช่วยลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดปฐมภูมิ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2.เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของบุคลากรพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3.เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

4.เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

5.เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

วิธีการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโรงพยาบาลเขาวงเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโรงพยาบาลเขาวงได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลเขาวง รวม 45 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโรงพยาบาลเขาวงได้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลเขาวงที่ทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วย

ชายและหอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลเขาวงที่ทำงานมากกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลเขาวงที่ทำงานน้อยกว่า 1 ปี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน (14) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นข้อคำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเคยได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2.แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เนื้อหาประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกและมีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 แนน

3.แบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของบุคลากรพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับ วันที่สังเกต และกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย ถูก ลงในช่องว่างการปฏิบัติที่ตรงกับกิจกรรมที่สังเกต โดยให้ความหมายดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

4.แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยใช้แบบฟอร์มเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเขาวงและใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อของศูนย์ควบคุมโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2004

5.แบบวัดระดับความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แผนการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีเนื้อหาประกอบด้วย อุบัติการณ์ สาเหตุ ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดย ใช้วิธีการบรรยาย การสาธิต ด้วยสื่อการสอนคอมพิวเตอร์กราฟิกซอฟแวร์โปรแกรมไมโครซอฟต์เพาเวอร์พอยท์ (Power point)

2.คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สร้างตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้านการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3.จัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การสวมถุงมือและการทำความสะอาดมือ รวมทั้งงานวิจัยที่สนับสนุน

4.แผ่นพับ และโปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สำหรับผู้ป่วยและญาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายและแบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของบุคลากรพยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .60 -1.00 จากนั้นเมื่อนำไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และ.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย วิเคราะห์เป็นค่าความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ข้อมูลความรู้เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้ การป้องกันในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยใช้สถิติร้อยละ

3.ข้อมูลการปฏิบัติเปรียบเทียบสัดส่วน การปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยใช้สถิติร้อยละ

4.ข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยใช้สถิติร้อยละ

5.ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายวิเคราะห์เป็นค่าความถี่ ร้อยละของความพึงพอใจในแต่ละระดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขจริยธรรม KLS.REC 12/2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสรุปว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โรงพยาบาลเขาวงมีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย

1. การฝึกอบรม

1.1 จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายและวิธีการประเมินการติดเชื้อ (ระดับ 3, A)[15]

1.2 จัดตั้งทีมสำหรับการจัดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายและการดูแลอุปกรณ์ที่ให้สารน้ำ (ระดับ 2, A)[16,17,18]

2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2.1 เฝ้าระวังการติดเชื้อ ได้แก่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis) และการติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดปฐมภูมิ (primary bloodstream infection) (ระดับ 2, A)[19]

2.2 ตรวจสอบและสังเกตบริเวณที่แทงเข็มอย่างน้อยวันละครั้งเพื่อประเมินอาการอักเสบติดเชื้อ(ระดับ2, A)[4]

2.3 เขียน วัน เวลาที่แทงเข็มให้สารน้ำ ใกล้กับตำแหน่งที่แทงเข็ม (ระดับ 2, A)[19]

2.4 ไม่จำเป็นต้องเพาะเชื้อจากอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย (ระดับ 2, A)[19]

3. การทำความสะอาดมือ

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทำความสะอาดมือตามหลัก “Five moments” ระหว่างก่อนให้สารน้ำ หลังให้สารน้ำ ขณะดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยยังให้สารน้ำและหลังจากถอดการให้สารน้ำออกจากผู้ป่วย โดยการทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ (alcohol-based hand rub products)[4]

4. การแทงเข็มให้สารน้ำ

4.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ ตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

4.2 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70% แอลกอฮอล์, 2%คลอเฮกซิดีน (2%chlorhexidine) หรือ 2%คลอเฮกซิดีนในแอลกอฮอล์ (2% chlorhexidine in Alcohol) รอจนแห้งก่อนแทงเข็มหรืออย่างน้อย 30 วินาที[4,20]

4.3 สวมถุงมือสะอาดก่อนแทงเข็ม (ระดับ 1, A)[21]

4.4 การเลือกตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ควรเริ่มเลือกตำแหน่งบริเวณแขนก่อน โดยให้เริ่มส่วนล่างก่อนแล้วค่อยๆขยับขึ้นส่วนบนของแขน (ระดับ 4, A)[18,22]

4.5 ใช้หลัก Aseptic technique ขณะแทงเข็ม (ระดับ 1, A)[23]

4.6 ปิดด้วย sterile plaster หรือ sterile transparent dressing บริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำ (ระดับ 1, A)[24]

4.7 ต่อชุดให้สารน้ำกับเข็มที่แทงด้วยหลัก Aseptic technique (ระดับ 1, A)[23]

4.8 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ ตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

5. การดูแลตำแหน่งที่แทงเข็ม

5.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

5.2 เปลี่ยนsterile plaster หรือ sterile transparent dressing หรือ sterile gauze ทุกครั้งที่หลุด เปียกชื้นหรือเปื้อนสารคัดหลั่ง (ระดับ 1, B)[24]

6. การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ (Administration set)

6.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ ตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

6.2 ใช้หลัก Aseptic technique ในการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ (ระดับ 1, A)[23]

6.3 เปลี่ยนชุดให้สารน้ำทุก 72 ชม. ยกเว้นในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถเปลี่ยนก่อนได้ (ระดับ 1, A)[4]

6.4 สวมถุงมือสะอาดก่อนเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ (ระดับ 1, A)[21]

6.5 ถอดอุปกรณ์ที่ให้สารน้ำทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการของหลอดเลือดดำอักเสบ (ปวด บวม แดงร้อน บริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำ) (ระดับ 2, A) [19]

6.6 ในกรณีที่ให้เลือด ส่วนประกอบของเลือดควรให้หมดภายใน 4 ชั่วโมง แต่หากเป็นสารน้ำประเภทไขมันควรเปลี่ยนชุดให้สารน้ำทุก 24 ชั่วโมง (ระดับ 1, A)[24]

6.7 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

7. การเปลี่ยนสายและเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำ

7.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

7.2 เปลี่ยนสายและเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำทุก 72 ชั่วโมง (ระดับ 1, A)[4]

7.3 กรณีที่ให้สารน้ำในภาวะฉุกเฉินที่อาจละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อ ให้เปลี่ยนที่แทงเข็มใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง (ระดับ 1, A)[4]

7.4 กรณีที่ให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงหรือยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) 1 dose แล้วให้หยุดการให้สารน้ำและถอดเข็ม[4]

7.4 สวมถุงมือสะอาดก่อนเปลี่ยนสายหรือเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำ (ระดับ 1, A)[21]

8. การเปลี่ยนขวดให้สารน้ำ

8.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

8.2 ก่อนให้สารน้ำ ควรตรวจสอบดูว่าสารน้ำทุกชนิดมีลักษณะขุ่น มีรอยรั่ว รอยแตก มีเศษชิ้นเล็กๆปนในสารน้ำและวัน เดือน ปี ที่หมดอายุทุกครั้ง (ระดับ 1, A)[24]

8.3 ใช้ 70% แอลกอฮอล์เช็ดจุกยางบริเวณปากขวดสารน้ำให้ทั่วโดยวิธีวนออก (ระดับ 1, A)[23]

8.4 แทงจุกยางบริเวณปากขวดสารน้ำด้วยหลัก Aseptic technique (ระดับ 1, A)[23]

8.5 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

9. การเตรียมและให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

9.1 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ (alcohol-based hand rub products)[4]

9.2 ใช้ยาที่ผสมเพียงครั้งเดียวสำหรับในการผสมในสารน้ำหรือให้ยาฉีด (ระดับ1, A)[24]

9.3 ไม่นำยาที่เหลืออยู่หลายๆ vials ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น (ระดับ 1, A)[24]

9.4 สำหรับ multidose vials ที่เปิดใช้แล้วให้เก็บในตู้เย็นได้หรือทำตามข้อแนะนำจากผู้ผลิตยา (ระดับ 1, A)[24]

9.5 เช็ด multidose vials ด้วย 70% แอลกอฮอล์ ก่อนแทงเข็มและกระบอกฉีดยาเพื่อดูดยามาใช้(ระดับ 1, A)[24]

9.6 หากพบว่า multidose vials เกิดการปนเปื้อนไม่ควรนำกลับมาใช้อีก (ระดับ1,A)[24]

9.7สวมถุงมือสะอาดก่อนฉีดยา (ระดับ 1, A)[21]

9.8 ทำความสะอาดบริเวณทางเข้าของอุปกรณ์ที่ให้ยาทางหลอดเลือดด้วย 70% แอลกอฮอล์ (ระดับ 1, A)[23]

9.9 กรณีที่ให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงหรือยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่างเคร่งครัดในการผสมยาและให้เป็นระบบปิดเท่านั้น[4]

9.10 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือหรือกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือ ตามหลัก “Five moments” (alcohol-based hand rub products)[4]

ด้านความรู้ของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อ

จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำปลายสูงมากกว่าเดิมร้อยละ 88.2

ด้านปฏิบัติพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ร้อยละ 89.5

ด้านอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเกรด 1 จำนวน 2 คน เกรด 2 จำนวน 1 คน ไม่พบอุบัติการณ์ระดับ 3 กับ 4

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ร้อยละ 85.3

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปราย 2 ประเด็นดังนี้

1. ลักษณะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีสาระการปฏิบัติ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การฝึกอบรม 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 3) การทำความสะอาดมือ 4) การแทงเข็มให้สารน้ำ5) การดูแลตำแหน่งที่แทงเข็ม 6) การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ (Administration set) 7) การเปลี่ยนสายและเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำ 8) การเปลี่ยนขวดให้สารน้ำ 9) การเตรียมและให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำส่วนปลายซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและทำการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลและสรุปหลักฐานงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 3 ท่าน จนทำให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่น่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างไรก็ตามการจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยจะต้องนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[25]

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไปใช้ในโรงพยาบาลเขาวงโดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามมีจำนวน 2 ท่านที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการต้องหยุดการให้สารน้ำและถอดเข็มในกรณีที่ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง[26]

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไปใช้ในทุกหน่วยงานที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยงานปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งในอำเภอขาวงเพื่อให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกัน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia: https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf.
2. Mermel LA. Short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: A systematic review. Clin Infect Dis. 2017;65(10):1757–62. doi: 10.1093/cid/cix562.[PubMed: 29020252].
3. Zingg W, Pittet D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. (2009). Int J Antimicrob Agents.34 (Suppl 4):S38-42. doi: 10.1016/s0924-8579(09)70565-5.
4. World Health Organization. (2024). Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters. Part I:peripheral catheters. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Adrie C, Garrouste-Orgeas M, Ibn Essaied W, et al. (2017). Attributable mortality of ICU-acquired bloodstream infections: impact of the source, Causative micro-organism, resistance profile and antimicrobial therapy. The Journal of Infection. 74(1), 131-41. doi:10.1016/j.jinf.2016.11.001.
6. Murray CJL, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Robles Aguilar G, Gray A et al. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. ;399:629-55. doi:10.1016/S0140-6736(21)02724-0.
7. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY et al. (2010). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. Am J Infect Control.38:95-104.e2. doi: 10.1016/j.ajic.2009.12.004.
8. Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al. (2016). Burden of six healthcare-associated infections on European population health: estimating incidence-based disability-adjusted life years through a population prevalence-based modelling study. PLoS Med. doi: 10.1371/journal.pmed.1002150.
9. World Health Organization. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva:(https://iris.who.int/handle/10665/251730).
10. Warren DK, Quadir WW, Hollenbeak CS, Elward AM, Cox MJ,Fraser VJ. (2006). Attributable cost of catheter-associated bloodstream infections among intensive care patients in a nonteaching hospital. Crit Care Med .34:2084–9.
11. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY et al. (2010). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. Am J Infect Control. 38:95-104.e2. doi: 10.1016/j.ajic.2009.12.004.
12. Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T. (2007). Prevalence of Nosocomial Infection in Thailand 2006. Journal of the Medical Association of Thailand. 90(8), 1524-9.
13. Safdar N, O'Horo JC, Ghufran A, et al. (2014). Chlorhexidine-Impregnated Dressing for Prevention of Catheter-Related Bloodstream Infection. Critical Care Medicine. 42(7):p 1703-1713. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000319.
14. ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. Education and Psychological Measurement. 30(3). 607-610.
15. World Health Organization. (2022). WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. Geneva:https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70126/WHO?sequence=1

16. Marsh, N., Webster, J., Larsen, E., Genzel, J., Cooke, M., Mihala, G. et al. (2018). Expert versus generalist inserters for peripheral intravenous catheter insertion: a pilot randomised controlled trial. Trials. 19, 564. doi: 10.1186/s13063-018-2946-3.
17. Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG et al. (2014). Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. Infect Control Hosp Epidemiol. 35:63-8. doi: 10.1086/674398.
18. Ni Chroinin D, Ray-Barruel G, Carr PJ, Frost SA, Rickard CM, Mifflin N et al. (2022).The burden of peripheral intravenous catheters in older hospital inpatients: A national cross-sectional study part of the ONE MILLION GLOBAL PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS COLLABORATION. Australas J Ageing. 05:05. doi: 10.1111/ajag.13068.
19. Yoo S, Ha M, Choi D, Pai H. (2001). Effectiveness of Surveillance of central catheter-related bloodstream infection in an ICU in Korea. Infection Control and Hospital Epidemiology. 22:433-6.
20. Hamed S, Nezarali M, Ebrahim Ebrahimi T, Enayatollah S & Somayeh J. (2018). Comparison of the effects of alcohol, chlorhexidine and alcohol-chlorhexidine on local catheter-related infections rate: a double-blind clinical trial study. Med Surgic Nurs Journal. 7,1-6. doi: 10.5812/msnj.85962.
21. Hirschmann H, Fux L, Podusel J, et al. (2001). The influence of hand hygiene prior to insertion of peripheral venous catheters on the frequency of complications. Journal Hospital Infection. 49, 199-203. doi: 10.1053/jhin.2001.1077.
22. de Paula Magerote N, de Melo Lima MH, Bastoni Silva J, Lopes Correia & MD Secoli SR.(2011). Associaeco entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periforicos. Texto Contexto Enfermagem. 20(8), 286-92. doi:10.1590/S0104-07072011000300009.
23. Hart, S. (2007). Using an aseptic technique to reduce the risk of infection. Nursing Standard.21.
24. Center for Disease Control and Prevention. (2016). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infection. Morbidityand Mortality Weekly Report. 51.
25. วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ, รัชนีย์ วงศ์แสน, ธนพร กาวีวน, อารีย์ กุณนะ, พัชรินทร์ เนตรสว่าง. (2557). การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. พยาบาลสาร.41(ฉบับพิเศษ): 71-8.
26. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช และ สุพัตรา อุปนิสากร. การบริหารยาในผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน. (2560). การป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.หน้า 145-149.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with Stress among Young Caregivers in Phon District, Khon Kaen Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

นิรุวรรณ เทิร์นโบล์[1] ชนะพล ศรีฤาชา[2] วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[2]
Niruwan Turnbull[1], Chanaphol Sriruecha[2], Wilawan Chomnirat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่มในพื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลวัยหนุ่มอายุระหว่าง 13–29 ปี จำนวน 323 คน ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบเป็นขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (SPST-20; α = 0.865) และแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (α = 0.855)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลวัยหนุ่มส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (64.09%) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ภาระด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ไม่พอใช้จ่าย (Mean = 2.89, SD = 1.19) ขณะที่ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (50.15%) โดยส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญู (Mean = 4.19, SD = 0.78) การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์และ Fisher's exact test พบว่า สถานภาพการอยู่อาศัย การมีประวัติเจ็บป่วยที่สำคัญ และระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลวัยหนุ่ม การดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ชุมชนชนบท ทัศนคติต่อการดูแล

Abstract

This study aimed to examine the levels of attitudes toward elderly health care, stress levels, and factors associated with stress among young caregivers in Phon District, Khon Kaen Province. A cross-sectional study design was employed, involving 323 young caregivers aged 13–29 years, selected through multistage random sampling. The research instruments included validated questionnaires with confirmed content validity and reliability, measured using Cronbach's alpha coefficient. These included the SPST-20 Stress Scale (α = 0.865) and a questionnaire on attitudes toward elderly health care (α = 0.855).

The results revealed that the majority of young caregivers experienced moderate levels of stress (64.09%). The most significant stressor was financial burden, particularly insufficient income (Mean = 2.89, SD = 1.19). Regarding attitudes toward elderly care, 50.15% of participants demonstrated positive attitudes, especially recognizing caregiving as an expression of gratitude (Mean = 4.19, SD = 0.78). Chi-square tests and Fisher's exact test indicated statistically significant associations between stress levels and factors such as living status, history of serious illness, and attitude levels ($p < 0.05$).

Keywords: Young caregivers, Elderly care, Stress factors, Rural communities, Attitude toward caregiving

บทนำ

จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน

[1] นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น

10,349,798 คน โดยพบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัดคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 886,037 จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3.68 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.03 ของประชากรในเขตทั้งสี่จังหวัด โดยในจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 1,335,117 คน โดยผู้สูงอายุก็มีจำนวนมากกว่าประชากรในกลุ่มอื่นๆ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 317,099 คน (ร้อยละ 23.75) และในอำเภอพลมีประชากรทั้งหมด จำนวน 67,089 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 16,623 คน คิดเป็นร้อยละ 24.78 ของประชากรในเขตอำเภอพล[1] เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลายประการ เช่น กิจวัติการดำเนินชีวิต การอาบน้ำ , การเคลื่อนไหว, การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารที่สมดุล, และการพักผ่อนเป็นต้น เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการรักษาสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ การมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสะดวกสบายสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน การมีความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีกิจวัตรการทางสังคมที่สมดุล สามารถช่วยลดความเหงา และภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ การเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์, การดูแลผู้สูงอายุ, และการบริการสุขภาพจิต การดูแลโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม รวมถึงการรักษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุมักขึ้นอยู่กับความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุเอง, ครอบครัว, และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ[2]

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อจัดการระบบสุขภาพที่ดีและสอดคล้องกับบริบทของสังคมในชุมชนนั้นๆ โดยการจัดระบบการช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและวางระบบการดูแลทั้งพัฒนาผู้จัดการระบบการดูแล และผู้ช่วยเหลือดูแล ให้กับประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมการพัฒนาและปฏิบัติงาน ในลักษณะของจิตอาสา โดยการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือดูแลสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมหรือป้องกันปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ดี สัดส่วนที่ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่กำหนดไว้ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแล 1 คนต้องให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 5-10 คน (ค่าจ้างเหมา จ่ายในลักษณะจิตอาสา ไม่เกิน 1,500 บาท/เดือนถ้าดูแลน้อยกว่า 5 คน ให้จ้างเหมาไม่เกิน 600 บาท/เดือน) และผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 1 คน ดูแลผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน และ ผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน[3] ด้วยภาระการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนที่ไม่เป็นไปตามสัดส่วนที่เหมาะสมนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในอำเภอวาปีปทุมพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 40.60 ปัจจัยหลักคือรายได้จากการปฏิบัติงานไม่เพียงพอกับ ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.40 เนื่องจากได้ค่าตอบแทนค่อนข้างน้อย (น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน) ร้อยละ 52.00 ส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะนอนไม่ค่อยหลับหรือนอนหลับน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ต่อวัน ร้อยละ 50.00[4] ในบางพื้นที่มีการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลในกลุ่มต่างๆ เพื่อสนับสนุนการ ปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลกลุ่มหลักในชุมชน เช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยจิตอาสาหมอจิ๋ว ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน โดยสร้างแกนนำเยาวชนอายุ 9–14 ปี มาเป็นแกนนำการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นพี่เลี้ยง [5] ส่วนในต่างประเทศ เช่น อังกฤษ เวลส์สกอตแลนด์ รัฐบาลจะ สนับสนุนโดยมีการจัดตั้งองค์กร Carers Trust ที่ไม่แสวงหากำไรและไม่ต้องจ่ายค่าบริการในการดูแลจะมีการฝึกอบรมให้ความรู้ผ่านสื่อในหลากหลายรูปแบบ และการบริการจะเน้นการดูแลที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ แต่ขึ้นอยู่กับเยาวชนที่มาดูแลหากยังเด็ก ก็อาจจะช่วยงานเล็กน้อย ซึ่งจะมีการกำหนดลักษณะงานผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์

ในการเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมในรูปแบบ ของเครือข่ายการทำงานอย่างเป็นระบบ [6]

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลวัยหนุ่ม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่พัฒนา อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ช่วยทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในวัยหนุ่ม เพื่อเป็นการช่วยส่งเสริมให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตทั้งสองด้านคือ สุขภาพกายและสุขภาพจิต บทความครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในระยะแรกของ การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลวัยหนุ่ม โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หากสามารถระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและอภิปรายแนวทางในการลดความเครียดได้ จะช่วยเสริมสร้างระบบผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดภาระของระบบสาธารณสุขในการดูแล และสนับสนุนให้เยาวชนสามารถดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษายังสามารถนำไปใช้ในเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และ นโยบายสนับสนุนระบบผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลที่มีความยั่งยืนและเอื้อต่อทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับความเครียด ของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional analysis study) เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลในความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ในระหว่าง วันที่ 25 ธันวาคม 2567 ถึง วันที่ 30 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลวัยหนุ่ม(อายุ 13 - 29 ปี) ที่อาศัยหรือทำงานในเขตพื้นที่ตำบลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ดูแลวัยหนุ่มเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอาจจะเป็นกลุ่มบุคคลประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ (Caregivers) ผู้ดูแลครอบครัว (Family Caregivers) และผู้ให้บริการในสถานบริการผู้สูงอายุ (Care Facility Workers) กลุ่มนักศึกษาผู้สนใจเข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,282 คน จากทั้งหมด 11 หมู่บ้าน [7]

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลวัยหนุ่ม (อายุ 13-29 ปี) โดยคัดกลุ่มตัวอย่างจาก สูตร Taro Yamane (1973) ประกอบด้วย

$$n = N/(1+Ne^2)$$

$$n = 1282/(1+(1282*0.05^2)$$

$$n = 304.88 = 305 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มร้อยละ 6 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 323 คน และใช้หลักการสุ่มอย่างแบบเป็นขั้นตอน โดยการคัดแบบสัดส่วนในแต่ละพื้นที่จำนวน 11 หมู่บ้าน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ด้านสังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการดำรงชีพของผู้ดูแลวัยหนุ่ม แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่ม ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2567) ลักษณะ

คำถามให้เลือกตอบ คือ รู้สึกเครียดมากที่สุด รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกไม่รู้สึกเครียด และแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใช้เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบวัดทัศนคติด้านการดูแลผู้สูงอายุ ของ Neri Scale [8] ลักษณะคำถามให้เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) หมายถึง เห็นว่าข้อความนี้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด เห็นด้วย (4 คะแนน) หมายถึง เห็นว่าข้อความนี้ตรงกับความคิดเห็นมาก ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) หมายถึง เห็นว่าข้อความนี้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) หมายถึง เห็นว่าข้อความนี้ตรงกับความคิดเห็นน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) หมายถึง เห็นว่าข้อความนี้ตรงกับความคิดเห็นน้อยมาก

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา การใช้ถ้อยคำ และตรวจสอบความตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence index : IOC) ของแบบสอบถาม ทุกข้อคำถามมีค่าระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งถือว่ามีความตรงทางเนื้อหาตามเนื้อหา และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกันกับพื้นที่วิจัย โดยการหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'a Alpha Coefficient) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่ม(SPST-20) มีค่าเท่ากับ 0.865 และ แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.855

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test ใช้ได้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20 % ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีละเมิดตาราง 2x2 จะใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ตามหนังสือรับรองเลขที่ CASHE No. 670039 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ดูแลวัยหนุ่มทั้งหมด 323 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.15 มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 13-19 ปี ร้อยละ 67.80 (Mean = 18.05±4.30 ปี) อายุมากที่สุด 29 ปี และน้อยที่สุด 13 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 91.32 อาศัยอยู่กับอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 74.92 ด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 73.75 ผู้ดูแลวัยหนุ่มเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 63.27 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 94.44 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 47.45 ไม่มีภาระหนี้สินในปัจจุบัน ร้อยละ 68.45 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 48.73 ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 30.64 สวัสดิการในการรักษาส่วนใหญ่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 85.95 ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยหนัก ร้อยละ 55.17 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถรักษาได้ ร้อยละ 45.60

2. ข้อมูลด้านความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่ม พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่มใน

ภาพรวมส่วนใหญ่ผู้ดูแลวัยหนุ่มมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.09 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 25.39 โดยส่วนใหญ่เครียดจากเงินไม่พอใช้จ่าย (Mean= 2.89±1.19) และไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Mean = 2.76±1.06)

3. ข้อมูลทัศนคติ ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลวัยหนุ่มมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.15 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 49.23 และระดับน้อยที่สุดคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 0.62 ส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นวิธีที่ดีในการแสดงออกถึงความกตัญญู (Mean = 4.19±0.78 คะแนน) รองลงมาคือ เชื่อว่าการดูแลผู้สูงอายุช่วยสร้างความผูกพันภายในครอบครัว (Mean = 4.03±0.92 คะแนน) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ดูแลวัยหนุ่มคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระที่สำคัญต่อสังคม (Mean = 3.19±1.25 คะแนน)

ตารางที่ 1 ทัศนคติ ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (n = 323 คน)

ทัศนคติ	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับไม่ดี	2	0.62
ระดับปานกลาง	159	49.23
ระดับดี	162	50.15

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลวัยหนุ่ม พื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านทัศนคติ กับด้านระดับความเครียด ของผู้ดูแลวัยหนุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Pearson's Chi-square test) และ Fisher Exact test พบว่า สถานภาพ การเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ และระดับทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value =.025, .026 และ .006 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลวัยหนุ่มในพื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (50.15%) และอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 13–19 ปี (67.80%) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทสำคัญของเยาวชนหญิงในการเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน โดยเฉพาะในบริบทของสังคมชนบทที่ยังมีค่านิยมเรื่องความกตัญญูเป็นหลักในการดูแลครอบครัว [9,14] ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด (91.32%) และอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา (74.92%) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย ที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน [10] ด้านระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (73.75%) และมีอาชีพหลักเป็นนักเรียน/นักศึกษา (63.27%) สอดคล้องกับแนวโน้มในต่างประเทศที่พบว่าผู้ดูแลวัยหนุ่มส่วนใหญ่มักยังอยู่ในระบบการศึกษาและต้องแบ่งเวลาในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับการเรียน [11,15] รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่า 10,000 บาท (94.44%) และส่วนใหญ่รู้สึกว่าเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (47.45%) ซึ่งอาจนำไปสู่ความตึงเครียดจากภาวะความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในระยะยาว [12] นอกจากนี้ ผู้ดูแลวัยหนุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือฝึกฝนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (48.73%) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมากที่สุด (30.64%) สะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มเยาวชน ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงนโยบายผ่านการฝึกอบรมหรือหลักสูตรเฉพาะ [13,16] ในด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลวัยหนุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยที่สำคัญ (55.17%) และไม่มีภาระหนี้สิน (68.45%) ซึ่งเป็นปัจจัยบวกที่ส่งผลต่อระดับความเครียดที่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีประวัติเจ็บป่วยกลับพบว่ามีความเครียดในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hammen [14] ที่เสนอว่าความเครียดในผู้ที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจะมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มปกติ

ระดับความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยสาเหตุสำคัญของความเครียดมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น เงินไม่พอใช้จ่าย และไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฐกร และเพ็ญวิภา [17] ที่พบว่าผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักมีปัญหาด้านรายได้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลวัยหนุ่ม พบว่า สถานภาพ การมีประวัติเจ็บป่วยที่สำคัญ และระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การค้นพบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman [19] ที่เสนอว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่ามีความต้องการที่มากเกินขีดความสามารถในการรับมือของบุคคล ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลางหรือต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura [20] ว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับความเครียด และเพิ่มความสามารถในการรับมือกับภาระหน้าที่ที่ต้องเผชิญ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลวัยหนุ่มในชุมชนชนบทประสบกับความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความยากลำบากทางเศรษฐกิจ ความกังวลด้านสุขภาพ และการเข้าถึงการฝึกอบรมหรือข้อมูลที่จำกัด อย่างไรก็ตาม การมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการดูแลสามารถช่วยลดความเครียดได้ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโครงการฝึกอบรมในระดับชุมชน การจัดระบบสนับสนุนด้านจิตใจ และการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมบทบาทของเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดความเครียดและยกระดับคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลวัยหนุ่มในพื้นที่อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจและเต็มใจ อันเป็นข้อมูลที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่วิจัยทุกแห่ง ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล พื้นที่ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างราบรื่น ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละชุมชน ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกับประชาชน สนับสนุนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และอำนวยความสะดวกในขั้นตอนต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th
2. World Health Organization. Long-term care for older people package for universal health coverage [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Mar 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061793
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dhes.moph.go.th
4. ณฐกร นิลเนตร และเพ็ญวิภา นิลเนตร. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562. 20(39). 36-44.

5. ศศินันท์ วาสิน. โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยจิตอาสาหมอจิ๋ว.2561 ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567,จาก https://sdg.swu.ac.th/projects-files/59.
6. Carers Trust. (n.d.). TOGETHER WE'RE THE PEOPLE CARERS TRUST. Retrieved July, 13, 2021, from https://carers.org/
7. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th
8. Ferreira, V. M., & Ruiz, T. Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly. Revista de saude publica, 2012. 46, 843-849.
9. Wongkongdech R, Wongkongdech A, Kaijan O, et al. Information Messages Related to Mental Health Status Among Caregivers in Rural of Thailand. Stud Health Technol Inform. 2023;305:475-476.
10. Silverstein M, Bengtson VL. Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families. Am J Sociol. 2001;103(2):429-460.
11. Aldridge J. Where are we now? Twenty-five years of research, policy and practice on young carers. Crit Soc Policy. 2018;38(1):155-165.
12. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:293-319.
13. Leu A, Becker S. A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'. J Youth Stud. 2017;20(6):750-762.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
15. Smyth C, Blaxland M, Cass B. 'So that's how I found out I was a young carer and that I actually had been a carer most of my life'. J Youth Stud. 2011;14(2):145-160.
16. Carers Trust. Together we're the people Carers Trust. [Internet]. [cited 2024 Jul 13]. Available from: https://carers.org/
17. United Nation. Department of Economic and Social Affairs Population Division, World Population Prospects 2022.
18. Natthakorn N, Penwipa N. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. J Siam Univ Nurs. 2019;20(39):36–44.
19. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
20. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of models for prevention and control of liver fluke disease and Cholangiocarcinoma by the District Health Board in collaboration with local administrative organizations of Prang Ku District Sisaket Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

สุริยนต์ หล้าคำ[1] สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[2] ธวัชชัย เติมใจ[3]
Suriyon Lachum[1] Sukhontip Arunkamomphat[2] Thawatchai Toemjai [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษซึ่งมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค และความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ42.6 (R2=0.426, R2adj=0.420, SEest=1.853, F=71.538, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาพของอำภอซึ่งยังมีพื้นที่ที่ดำเนินการยากส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบ 1 ตำบล ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 103 คนและประชาชนในตำบลกู่ จำนวน 90 คน โดยใช้กระบวนการของ Kemmis และMc taggart (1968) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย ระหว่าง พฤษภาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ วัดทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การขับเคลื่อนการใช้เครื่องธรรมนูญสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมในการพัฒนา ใช้และควบคุมกำกับธรรมนูญสุขภาพตำบล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ,พยาธิใบไม้ตับ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,ธรรมนูญสุขภาพตำบล

Abstracts

This research and development study aims to integrate identified factors into the implementation of prevention and control measures for Opisthorchis viverrini (liver fluke) infection and cholangiocarcinoma in Prang Ku District, Sisaket Province. The study identifies four key factors: self-efficacy, attitudes toward liver fluke infection, perceived benefits of prevention and control, and coverage of stool examination for liver fluke eggs among individuals aged 15 years and older. These factors collectively explain 42.6% of the variance in prevention and control behaviors for liver fluke infection and cholangiocarcinoma among the population of Prang Ku District (R^2 = 0.426, R^2_adj = 0.420, SE_est = 1.853, F = 71.538, p < 0.001), with statistical significance at the 0.05 level. The findings serve as input data for developing a district-level prevention and control model, particularly in areas facing implementation challenges that contribute to persistent disease outbreaks. The researcher developed the model

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Corresponding :sukhontip@scphub.ac.th
[3] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

in collaboration with the District Quality of Life Development Committee and local administrative organizations, using a prototype subdistrict in Prang Ku District, Sisaket Province. The model development involved 103 stakeholders and 90 community members from Ku Sub-district, following Kemmis and McTaggart's (1968) Action Research process, which consists of two iterative cycles, each comprising four stages: planning, action, observation, and reflection. Data collection and research activities took place between May 2024 and February 2025, with data analyzed through categorization, content analysis, and paired t-test comparisons of pre- and post-intervention mean scores.

The research results found that knowledge, attitude, social norms, social support, the promotion of the use of the sub-district health charter, and participation in the development, use and control of the sub-district health charter after the experiment were significantly higher than before the experiment at a statistical significance level of 0.05.

Key word: Model, Liver Fluke, Local Administrative Organization,Subdistrict Health Charter

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2562 มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในคนไทย เป็นจำนวนมากถึง27,394 ราย หรือคิดเป็น 14.4% ของโรคมะเร็งทั้งหมด ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 26,704 ราย เสียชีวิต ซึ่งคิดเป็น 21.4% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมดและโรคมะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในชายไทย และพบมากเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย โดยการพยากรณ์โรคมะเร็งตับขึ้นอยู่กับระยะที่ตรวจพบ เมื่อเริ่มวินิจฉัย โดยทั่วไปแล้วอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีคือ 20% โดยผู้ที่มีระยะของโรคที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งออกไปนอกตับแล้วจะมีโอกาสอยู่รอดที่ 3 เปอร์เซ็นต์ที่ 5 ปี ในขณะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่โรคมีขนาดไม่ใหญ่ จะมีอัตราการอยู่รอดที่ 34% ที่ 5 ปี (CDC,2022)และพยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่1ที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CA) (Dao et al.,2016) โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยและมีการคาดการณ์ว่าประชากรไทยร้อยละ 10 ของประเทศหรือราว ๆประมาณ 6 ล้านคน ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีอัตราการติดเชื้อสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ[1] ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 18.70 ซึ่งบางหมู่บ้านมีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 85.20[2] โดยสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis viverrine* ที่เข้ามาฝังตัวในท่อน้ำดีจากการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (metacercaria เข้าไปด้วยการไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาตะเพียน ปลาซิวปลาสร้อย หรือปลาจากการแปรรูปหมักดอง เช่นปลาร้า(Sripa et al.,2007) โดยคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ16 เท่า[3] โดยพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั่วประเทศ จำนวน 14,314 ราย มากที่สุดเป็นภาคอีสาน 7,593ราย พบมากในช่วงอายุ 45-55 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน โดยเข้าใจผิดว่ากินอาหารปรุงสุกๆดิบๆ ช่วยเพิ่มพลังให้ร่างกาย[1] โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในบัญชีโรคของคนยากจนที่ถูกละเลยและสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ(International Agency for Research on Cancer: IARC)ได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคน[4] ซึ่งการพยากรณ์โรคมะเร็งตับขึ้นอยู่กับระยะที่ตรวจพบเมื่อเริ่มวินิจฉัย โดยทั่วไปแล้วอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีคือ 20% โดยผู้ที่มีระยะของโรคที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งออกไปนอกตับแล้วจะมีโอกาสอยู่รอดที่ 3 เปอร์เซ็นต์ที่ 5 ปี ในขณะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่โรคมีขนาดไม่ใหญ่ จะมีอัตราการอยู่รอดที่ 34% ที่ 5 ปี[5] ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากมีการ

ดำเนินการทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษาและภาคประชาชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อพยาธิของประชาชนคือ การบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดดิบ หรือ สุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อย ปลาดิบและปลาส้มดิบ โดยเป็นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการบริโภคอาหารแบบครัวเรือนทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคแบบเดียวกัน และการสังสรรค์ของเพศชายที่ชอบบริโภคก้อยปลาดิบร่วมกับการดื่มสุรา[6]

ในปี 2562 จังหวัดศรีสะเกษ ได้สุ่มตรวจอุจจาระหาความชุกโรคหนอนพยาธิ ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในเขตอำเภอวังหิน ร้อยละ 26.76 รองลงมาคือ อำเภอปรางค์กู่ ร้อยละ 25.27 และอำเภอศรีรัตนะ ร้อยละ 20.90 และมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 406 คน อัตราการตาย 27.58 ต่อแสนประชากรและ ในปี 2564 จำนวน 66,141 ราย พบพยาธิใบไม้ตับ 1,477 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.23 อำเภอที่พบอัตราความชุกพยาธิสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอปรางค์กู่, โนนคูณ, น้ำเกลี้ยง, ขุขันธ์และยางชุมน้อย ร้อยละ 8.27, 8.07, 6.02, 5.75 และ 4.68 ตามลำดับ และในปี 2565 พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจำนวน 1,138 ราย พบสูงที่สุดที่อำเภอวังหิน ร้อยละ 7.21 ยางชุมน้อย ร้อยละ 4.47 น้ำเกลี้ยง ร้อยละ 4.40 ปรางค์กู่ ร้อยละ 3.75 และขุขันธ์ ร้อยละ 3.73 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า อำเภอปรางค์กู่ยังเป็นอำเภอเป้าหมายที่ต้องมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง จากการประชุมกลุ่มทบทวนแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพของอำเภอปรางค์กู่พบว่ายังมีประเด็นปัญหาที่พบในการดำเนินงานในการควบคุมโรคในระดับพื้นที่หลายแห่งของอำเภอปรางค์กู่ ยังเป็นแหล่งโรค ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบโดยเฉพาะกลุ่มปลามีเกล็ด รวมถึงการจัดการระบบสุขาภิบาลในการกำจัดสิ่งปฏิกูลรวมถึงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคยังไม่ถูกต้อง[7] ดังนั้นเพื่อให้เกิดกระบวนการในการแก้ไขปัญหาให้เกิดความยั่งยืนและลดการแพร่ระบาดของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้หมดไปตามนโยบายของจังหวัดศรีสะเกษ สาธารณสุขตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับประเทศ[8] ผู้วิจัยและทีมสาธารณสุขในพื้นที่ จึงได้จัดทำการศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาพอำเภอและนำเอาปัจจัยสาเหตุที่ได้มาเข้ากระบวนการในการทบทวนสถานการณ์การเกิดโรค การวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา การออกแบบแนวทางในการดำเนินงานให้เข้าถึงในระดับพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพ เศรษกิจ การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลคุณภาพของชีวิตประชาชนที่เข้าถึงได้ง่าย(กองสุขศึกษา,2556) รวมถึงการการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนสุขภาพของประชาชนโดยการใช้เครื่องมือที่ประชาชนเคยใช้และคุ้นเคยมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อตกลงร่วมกัน นำไปใช้ร่วมกันและควบคุมกำกับร่วมกันเสมือนหนึ่งที่เป็นเจ้าของที่เรียกว่าธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล (สมัชชาสุขภาพ ,2555) ซึ่งการดำเนินงานในการวิจัยในครั้งนี้จะได้มาซึ่งรูปแบบที่สอดคล้องและแก้ไขปัญหาของประชาชนในชุมชนได้ เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้หมดไปจากอำเภอปรางค์กู่ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดป่วยตายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท การประเมินสถานการณ์และประเมินแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

3.เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดย

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

4.เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทปัญหา ระยะที่ 2 ศึกษาการพัฒนารูปแบบและระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 2 ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยสุ่มคัดเลือกหมู่บ้านในพื้นที่หนึ่งตำบล ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่พื้นที่หมู่บ้านในเขตตำบล ในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 90 คน)โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อจำนวนกลุ่มละ 90 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) (1) มีอายุ 15-59 ปี (2) มีประวัติรับประทานปลาน้ำจืดดิบๆหรือสุกๆดิบๆ (3) เป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ หรือเป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนเริ่มการวิจัย (4) ไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (5) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น (6) เป็นผู้ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Crite) (1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (2) ผู้ที่ป่วยหรือเสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ ในระหว่างการวิจัยง (3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนเขตเมืองจังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ การสนับสนุนด้านสังคม การรับรู้ประโยชน์ ความสามารถในการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

โปรแกรมรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 อาทิตย์

จกรรมของสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล

กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการเสริม

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ควารู้อย่างเหมาะสมและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน

กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรอง การป้องกันควบคุม และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และกิจกรรมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-6 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน ความพึงพอใจ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามโครงการเลขที่ SPPH2024-060 อนุมัติเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

รูปแบบการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอปรางค์กู่โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

1.ข้อมูลบริบทบริบท การประเมินสถานการณ์และประเมินแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

1.1.อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งออกเป็น 10 ตำบล 122 หมู่บ้าน 3,162 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 39,293 คน แยกเป็นชาย 18,978 คน หญิง 20,315 คน ปัญหาสำคัญด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีพบว่าจากการดำเนินงานตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ใน 5 ปีย้อนหลัง อำเภอปรางค์กู่ ในปี 2561 ถึง 2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.27, 11.19, 9.95, 8.52 และ 3.45 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในปี 2565 ความครอบคลุมในการตรวจพยาธิคิดเป็นร้อยละ 69.86 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2565 จากการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไปพบกลุ่มเสี่ยงที่มีความผิดปกติ จำนวน 250 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.86 ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 15.49 คนต่อแสนประชากรไม่มีอุบัติการณ์ของผู้เสียชีวิตการพบพยาธิใบไม้ตับสูง จะมีผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงในเวลาต่อมา

ข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ (1) ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและเห็นโทษของการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจัง ยังมีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ การประกอบอาหารโดยใช้ปลาร้าดิบและการขับถ่ายในทุ่งนา ป่าเมื่อออกไปทำการเกษตร (2) ยังไม่มีมาตรการในชุมชนในการสร้างกระแสและการควบคุมการลดการบริโภคปลาดิบของประชาชนหรือการกำจัดสิ่งปฏิกูลของชุมชน (3) ประชาชนยังเข้าไม่ถึงระบบการคัดกรอง รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับของระบบ

สาธารณสุข (4) ยังมีพื้นที่ที่มีความเคร่งครัดในวัฒนธรรมและความเชื่อทำให้การปรับทัศนคติในการบริโภคปลาดิบทำได้ยากและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตั้งแต่การระดมทุน ทรัพยากร บุคลากร วิธีการปฏิบัติงาน ยังน้อย (5) ขาดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลตั้งแต่ ข้อมูลการคัดกรอง การรักษา การติดเชื้อพยาธิ การตรวจร้านจำหน่ายปลาร้าสุก (6) การสร้างโมเดล และการสร้างคุณค่าจากผู้ปฏิบัติดี เพื่อให้เกิดการเลียนแบบหรือปฏิบัติตามของคนในชุมชนและ(7) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตั้งแต่ระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวและผลกระทบ

1.2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตอำเภออำเภอปรางค์กู่ จำนวนทั้งสิ้น 390 คน เป็นเพศชายร้อยละ 27.2 เพศหญิง ร้อยละ 72.8 มีอายุเฉลี่ย 52.85 ปี (SD=8.94)ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 96.2 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 1.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีค่าเฉลี่ยของรายได้ต่อเดือน 7,097.23 บาท (SD=18,293.47) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.7 และในกลุ่มที่เจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.6 และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 2.6 ด้านภาวะโภชนาการ มีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 55.6 ภาวะโภชนาการท้วม คิดเป็นร้อยละ 18.70 อ้วน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และผอม คิดเป็นร้อยละ 15.9 เคยมีประวัติการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิร้อยละ 81.8 และประวัติการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระสูงที่สุดร้อยละ 19.7รองลงมา พบไข่พยาธิปากขอร้อยละ 5.6 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 2.8 และพยาธิไส้เดือน 2.8

1.3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ทีละตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 7 ตัวแปรคือ การตรวจคัดกรองอุจจาระ (r=0.135, p=0.008) บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0.127, p<0.012) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0.310, p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0.173 , p =0.001) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0. 421 p<0.001) การรับรู้ความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0.159, p =0.002) และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค (r=0.068, p<0.001) ตามลำดับ

1.4.ปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยปัจจัยที่อธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ได้ร้อยละ 39.5(R^2=0.395) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ร้อยละ 4.06 (R^2=0.403) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค ได้ร้อยละ 4.18 (R^2=0.418) และการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.14 (R^2=0.214) รวมทั้งหมด 4 ปัจจัยสามารถทำนายได้ร้อยละ42.6 (R^2=0.426, R^2_{adj}=0.420, SE_{est}=1.853, F=71.538, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 21 คน,คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในเขตตำบลกู่และทีมภาคีเครือข่ายในระดับตำบล รวมทั้งหมด 39 คน ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับใน สสอ. รพ. แพทย์FM รวมทั้งหมด 3 คน ตัวแทนภาคประชาชน หน่วยงานองค์การในชุมชนจากทุกตำบลๆละ 1-2 คนรวมทั้งหมด 20 คน หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้แทนในเขตอำเภออำเภอปรางค์กู่ จำนวน 10 คน ตัวแทนสถานศึกษาทั้งระดับประถม มัธยมและอุดมศึกษา จำนวน 5 คน ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 103 คน

2.2 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล,2557) จำนวน 90 คนโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปตามหลังคาเรือนในเขต 6 หมู่บ้านของตำบลกู่ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลกู่อย่างน้อย 1 ปี มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆหรือมีบุคคลภายในครอบครัวเคยบริโภคปลาดิบและเคยได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 33 3 เพศหญิง ร้อยละ 50.70 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 73.2 ปี (S.D.=12.48 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 9565.92 บาท (SD=12225.57) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.7 และ สถานะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.4 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.8 โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.8 โรค ภาวะโภชนาการสมส่วนร้อยละ 43.3 ประวัติเคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ร้อยละ 83.3

2.3 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการนำเอาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 5 ปัจจัยในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคและการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับ มาสะท้อนคืนสู่ชุมชนและนำข้อสรุปมาประชุมกลุ่มระดมสมองใช้กระบวนการAIC จำนวน 3 ครั้ง และร่วมกันออกแบบกิจกรรมในการพัฒนาผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่1การหาทีมในการขับเคลื่อนการพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบลโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล กิจกรรมที่ 2 การจัดเตรียมทีมและข้อมูลในการจัดทำร่างธรรมนูญตำบลกู่ โดยทีมนำระดับตำบลกู่ที่ได้รับการแต่งตั้งมาจากตัวแทนหลายภาคส่วนในตำบลกู่ร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบในพื้นที่ และกิจกรรมที่ 3 ซักซ้อมกระบวนการร่างธรรมนูญตำบล การเตรียมกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการ จัดเตรียมสถานที่ในการจัดทำธรรมนูญในส่วนกลางได้แก่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้านทุกหมู่ ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (action) ขั้นตอนที่ (1) การสร้างความเข้มแข็งและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการขับเคลื่อนการใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยแบ่งเป็น 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่1 การจัดประชุมทีมนำเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดทำธรรมนูญตำบล กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชนในการจัดทำธรรมนูญตำบลโดยการเปิดเวทีประชาคม“เปิดใจพูด เปิดใจฟัง”กิจกรรมที่ 3 ขั้นยกร่างธรรมนูญตำบล โดยตัวแทนกลุ่มจัดทำเอกสารยกร่างให้ชุมชนอ่าน/ทำความเข้าใจ/ปรับเปลี่ยนข้อความหลังจากนั้นจึงจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดกรอบ“ตะล่อมสู่เป้าหมายร่วม”กิจกรรมที่ 4 รับฟังความคิดเห็นของประชาชนในการร่างธรรมนูญตำบลโดยการจัดเวทีประชาคม กิจกรรมที่ 5 ประกาศใช้ธรรมนูญตำบลโดยใช้เวทีการประชุมระดับตำบลและมีการทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง

โดยชุมชน กิจกรรมที่ 6 การแปลงธรรมนูญตำบลไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การกำหนดให้มีการคัดกรองไข่พยาธิในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทุก 1 ปี กลุ่มเสี่ยงได้รับคัดกรองการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตาร์ซาวต์ทุกคน กลุ่มติดเชื้อได้รับการรักษาครอบคลุมร้อยละ 100 สร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกองทุนคุ้มครองผู้บริโภค ชมรมผู้บริโภคเข้มแข็ง ชุมชนร้านชำจำหน่ายปลาร้าสุก มีมาตรการทางสังคมและทางกฎหมายในการคุมเข้มร้านส้มตำปลาร้าสุก ปลาส้มสุก การจัดการแหล่งระบาดของโรคโดยควบคุมและสอดส่องการทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ไร่นา การสนับสนุนการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังป้องปรามและมีมาตรการในการควบคุมคุมเข้มร้านส้มตำปลาร้าสุก ปลาส้มสุก มีอาสาสมัครข้อมูลและประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านพยาธิใบไม้ตับในระดับหมู่บ้าน มีการใช้กลุ่มไลน์สื่อการแสดงกินสุกของชุมชน การสื่อสารระดับชุมชนโดยใช้หอกระจายข่าวในทุกหมู่บ้าน การสนับสนุนการใช้และเข้าถึง Health station ของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประชุมประจำเดือนระดับหมู่บ้านโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนนำหลัก คณะกรรมการมีการประชุมติดตามการดำเนินงานของชุมชนทุก 1 เดือน กิจกรรมที่ 7 ประเมินการใช้และทบทวนข้อกำหนดที่ปฏิบัติได้ยากโดยการจัดเวทีประชาคม ขั้นตอนที่(2) การพัฒนาศักยภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้และร่วมกันเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้ ขั้นตอนที่ (3) จัดตั้งชมรมและรณรงค์ลดกินปลาดิบทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนใช้กลยุทธ์ สายลับจับปลาดิบ ซึ่งสามารถสร้างการรับรู้ได้ถึงระดับครอบครัว ขั้นตอนที่ (4) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการดำเนินงานการเฝ้าระวังในการระบาดของโรคอย่างครบวงจร ขั้นตอนที่ (5) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการคัดกรองโรคให้เพียงพอ ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observe) ประชุมติดตามการใช้ธรรมนูญตำบลในการขับเคลื่อนกิจกรรมในเดือนที่ 3 6 การประเมินข้อร้องเรียน จำนวนของการบังคับใช้มาตรการทางสังคม ขั้นตอนที่ 4 (Reflex) การนำเอาปัญหาที่ได้จากการดำเนินงานมาสะท้อนและปรับปรุงวิธีการใหม่ โดยการมีส่วนร่วม การปฏิบัติซ้ำในรอบที่ 2 นำมาปรับแก้จนเป็นแนวทางที่เป็นไปได้และมีความสอดคล้องในการแก้ปัญหาของชุมชน

2.4 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ S2CRHE Model: ประกอบด้วย 1) Structure & Policy มีคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับพื้นที่จนถึงระดับอำเภอและเครือข่ายนอกพื้นที่2) Community Engagement :การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและตรงตามความต้องการของชุมชน3) Coordination and Networking การประสานงานในระดับแนวราบและแนวดิ่งเพื่อแก้ไขปัญหา 4) Regulation & Community Commitment : การมีกฎระเบียบและข้อตกลงร่วมของชุมชนรวมถึง การบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน5) Healthcare Accessibility การสร้างระบบการดูแลรักษาที่ควบคุมตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ 6) Self-care ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 7) Evaluating & Development การประเมินผลที่เข้าถึง ทันสมัยและเป็นปัจจุบันและสร้างคุณค่าของผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.การประเมินประสิทธิผลของการประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภอปรางค์กู่โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองของคะแนนความรู้ บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้

ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.51 คะแนน (95% CI = 2.21-2.81) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.69 คะแนน (95% CI = 11.45-13.92) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของบรรทัดฐานทางสังคมในการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.08 คะแนน (95% CI = 7.69-10.46) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ15.10 คะแนน (95% CI = 13.91-16.29)กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.63 คะแนน (95% CI = 6.73-10.53) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 18.10 คะแนน (95% CI =17.28-18.91) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ -0.32 คะแนน (95% CI =-1.47-2.11) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.96 คะแนน (95% CI =-1.84- 4.07)

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว เคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระร้อยละ 81.8และตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.7 ซึ่งพบว่าการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับยังพบได้ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของอำเภอปรางค์กู่ตั้งแต่ ปี 2561-2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.27, 11.19, 9.95, 8.52 และ 3.45 ตามลำดับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อัตราป่วยอัตราตายของประชาชนลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของเกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ[9] ศึกษาอุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า คนที่เคยได้รับยาพราซิควอนเทลในการกำจัดพยาธิใบไม้ตับในปี 2556 และมีการติดตามตรวจไข่พยาธิใบไม้ในตับซ้ำพบว่ามีอัตราชุกพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 14.3 และมีค่าสูงสุดในจังหวัดนครพนม ร้อยละ 28.6 อุบัติการณ์ของพยาธิใบไม้ตับระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง 2557 ร้อยละ 9.0 (95%CI= 0.08 -0.10) เมื่อจำแนกรายพื้นที่พบอุบัติการณ์สูงสุดที่จังหวัดนครพนม ร้อยละ 15.0 (95%CI=0.12-0.19) รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 10.7 (95%CI= 0.07-0.14) และจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 10.1 (95%CI=0.06-0.12) ตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่เคยติดเชื้อ ในปีที่ผ่านมาร้อยละ 5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้แก่ ประวัติการกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ (OR=3.2, 95%CI=2.25-4.68) ประวัติการเคยกินยาพราซิควอนเทล (OR=3.1, 95%CI=2.07-4.58)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนอำเภอปรางค์กู่ จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค และการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับรวมทั้งหมด 4 ปัจจัยสามารถทำนายได้ร้อยละ42.6 ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(HBM) อาภาพร เผ่าวัฒนา[10] และคณะพบว่าการที่บุคคลมีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้องและเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆได้แก่การรับรู้ความเสี่ยงเช่นบางคนอาจมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว เพราะไม่เคยมีประสบการณ์หรือรู้จักใครที่ป่วยจากการกินปลาดิบ ก็จะกล้าบริโภคปลาดิบแต่ถ้าบุคคลเคยมีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเจ็บป่วยก็จะรู้ว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต บุคคลนั้นก็จะไม่บริโภคปลาดิบแต่ถ้าครอบครัวนั้นๆ บริโภคปลาดิบประจำการที่สมาชิกจะคล้อยตามและบริโภคปลาดิบก็จะเป็นเรื่องง่ายและการงดรับประทานปลาดิบก็จะยากขึ้น ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น หากประชาชนเชื่อว่าการหลีกเลี่ยงปลาดิบสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับพยาธิและเชื้อโรคได้ อาจมีแนวโน้มลดหรือหลีกเลี่ยงการบริโภคบางคนอาจมองว่าการบริโภคปลาดิบมีประโยชน์ เช่น มีรสชาติอร่อย อุดมไปด้วยสารอาหาร และเป็นวัฒนธรรมการกินที่ได้รับอิทธิพลจากอาหารญี่ปุ่น ดังนั้นสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องจากอำเภอปรางค์กู่ได้ดำเนินการในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งน้ำดีเป็นระยะเวลาต่อเนื่องมาในระยะเวลา 5 ปี แต่การติดเชื้อยังไม่หมดไปเนื่องจากยังมีความเชื่อและมีวัฒนธรรมที่ฝังแน่นในกลุ่มประชาชนวัยกลางคนที่เชื่อว่าการรับประทานปลาดิบจะทำให้สุขภาพแข็งแรงซึ่งปริวัฒน์ กอสุระและคณะ[11] ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ชอบรับประทานปลาจ่อม/ปลาน้อยดิบ ก้อยปลาดิบ ให้สุนัขหรือแมวกินปลาหรือเศษปลาดิบ รับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และมีคนในครอบครัวที่ยังถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา แม้ว่าผลการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.40) แต่ผลการสำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 17.02 ซึ่งมีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่ให้เกินร้อยละ5 ส่วนปัจจัยด้านการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญเพราะเป็นการการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะเริ่มต้นหรือกลุ่มเสี่ยงสูงก่อนที่โรคจะรุนแรงการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ(Stool examination)เป็นวิธีมาตรฐานโดยใช้เทคนิค Kato-Katz หรือ Formalin-Ether Concentration Technique ช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและมะเร็งท่อน้ำดีโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค โดยช่วยค้นหาผู้ติดเชื้อได้เร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนมาตรการรณรงค์สุขภาพให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในระยะยาว ซึ่งฉัตรลดา ดีพร้อมและ นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่[12] ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ พบว่าผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมีการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 28.46 และผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบ เพิ่มขึ้น 5.41 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

(p-value=0.001) เนื่องจากผลจากการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยให้เรียนเป็นสำคัญและให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงโทษของการรับประทานปลาดิบ โดยมีหัวข้อเรื่องอันตรายและความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ ประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับไม่ดีจะเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชัย คำดอกรับและ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์[14] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้แก่ระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับใบไม้ตับ คือกลุ่มที่จบชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่า 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ (OR=0.44, 95%CI=0.26-0.72, p<0.001) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในพื้นที่น้อยกว่า 20 ปี 2.53 เท่า (OR=2.53, 95%CI=1.07- 6.00, P=0.034) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้สูง 2.05 เท่า (OR=2.05, 95%CI=1.17-3.61, p=0.012) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ปฏิบัติบางครั้งมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ 1.61 เท่า (OR=1.61, 95%CI= 1.05-2.49, p=0.029) วรกร วิชัยโย[15] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วงจังหวัดกาฬสินธุ์ผลการวิจัยพบว่า การเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 7.22 เท่า ของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว และการเลี้ยงสุนัขก็ยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคได้ถึง 4.56 เท่า การทำเมนูปลาดิบให้กินภายในครอบครัวส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า ส่วนถ้าไม่มีเวลาทำก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอีกอย่าง นั่นก็คือการซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชน ก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่า แต่ก็ยังพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.55เท่า

3. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภอปรางค์กู่โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ คือ S2CRHE Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy มีคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับพื้นที่จนถึงระดับอำเภอและเครือข่ายนอกพื้นที่ 2) Community Engagement: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและตรงตามความต้องการของชุมชน3) Coordination and Networking การประสานงานในระดับแนวราบและแนวดิ่งเพื่อแก้ไขปัญหา 4) Regulation & Community Commitment : การมีกฎระเบียบและข้อตกลงร่วมของชุมชนรวมถึงการบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน5) Healthcare Accessibility การสร้างระบบการดูแลรักษาที่ควบคุมตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ 6) Self-care ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 7) Evaluating & Development การประเมินผลที่เข้าถึง ทันสมัยและเป็นปัจจุบันและสร้างคุณค่าของผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนโดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่แล้วในชุมชนคือธรรมนูญตำบล มาใช้นออกแบบเสนอแนวความคิดและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาของคนในชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมปรับเปลี่ยนและร่วมรับประโยชน์ ซึ่งหลังจากได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในระยะเวลา 20 สัปดาห์พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ความตั้งใจ การมีส่วนร่วม การรับรู้

ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ทิพย์ นรสาร.[16] ในการศึกษารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ คือ SISAKET_6S ประกอบด้วย 1 Social& Value 2 Service System3 Structure and Policy 4 Social Support 5 Sanitation) และ 6 Sustainable ซึ่งรูปแบบนี้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ และปรีชา ปิยะพันธ์[17] ได้ใช้เครื่องมือได้แก่กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจนส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้ มีการสนับสนุนทางสังคมในการทำกิจกรรม ประชาชนมีส่วนร่วม มีความพึงพอใจและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจนส่งผลให้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการออกแบบกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ปรับกิจกรรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเชิงลึกมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพการปฏิบัติตนที่ต่อเนื่องโดยพัฒนาทักษะของบุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลในการสนับสนุนให้คนในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการงดการรับประทานปลาดิบภายในครอบครัวให้ต่อเนื่องมากขึ้นโดยการให้กลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นคนในครอบครัวได้มีทักษะและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติตัวร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีรพล วิเศษสังข์[18] ที่มีการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยใช้สมาชิกในครัวเรือนมาพัฒนาทักษะโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อความรู้ การสร้างกฎกติกาทางสังคม แล้วให้บุคคลเหล่านี้เข้าไปดูแล ส่งเสริมทักษะของสมาชิกในครัวเรือน รวมถึงการเป็นตัวแบบที่ดีในการปฏิบัติตัว การเสริมแรงในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยใช้รางวัลเป็นแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติตัวได้ดี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการดูแลและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจึงต้องมีการจัดระบบการดูแลให้ครอบคลุมทุกระบบ รวมถึงการสร้างกลไกทางสังคมเพื่อมาใช้ในการขับเคลื่อนและควบคุมในระยะเวลาอย่างน้อย 1ปี เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเพิ่มกลไกในชุมชนให้สอดรับและออกแบบนโยบายให้มีผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระบบสุขภาพที่ออกแบบและพัฒนาต่อได้

4.การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภอปรางค์กู่โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ผู้วิจัยที่พัฒนาขึ้นจำนวน 8 อาทิตย์ เริ่มจาก(1) กิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกับกลุ่มตัวอย่าง (2) กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล (3) กิจกรรมการเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์และข้อตกลงของชุมชนในการสื่อสารข้อเท็จจริงภายในชุมชน (4)กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การตรวจคัดกรอง

ไข่พยาธิใบไม้ตับ การตรวจพิเศษเช่น การตรวจอุลตาซาวน์ และ(5)กิจกรรมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการกระตุ้นการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2c2i3skrb model ประกอบด้วย (1) community based & resource: (2) coordination and networking: (3) integrated advocacy: (4) implementation & evaluation: (5) structure & policy: (6) social awareness: (7) social & legal measure: (8) knowledge–based: (9) revision & integratedและ (10) brainstorming ซึ่งผลของการใช้รูปแบบนี้พบว่าสามารถควบคุมและแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ในบริบทของพื้นที่ที่มีความเชื่อและวัฒนธรรมที่เป็นพื้นที่เฉพาะทางชาติพันธุ์และสอดคล้องกับการศึกษาของสะอาด ศิริมงคลและสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง[7] ได้ศึกษาการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาศึกษา 20 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย นายกองการบริหารส่วนตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าอาวาส ผู้ประกอบการร้านชำ ไวยาวัจกร ประชาชนเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน รวมทั้งหมด 70 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ จำนวน 100 คน การวิจัยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหาและเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นคือ SIUDOM Model ประกอบด้วย1)Structure &Policy 2)Integration& Coordination 3) Unity 4) Distribute 5) Open eyes –Open mild 6) Measure monitor and motivation และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ พันแก่นและสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[10] ในการใช้ธรรมนูญตำบลในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในเขตอำเภอไพรบึง คือ H2CRSE Model ประกอบด้วย1) Healthcare Accessibility 2) Community Engagement 3) Collaboration and Partnerships 4) Collaboration and Partnerships 5) Supporting Leadership 6) Evaluating and Development ผลการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและความพึงพอใจในการใช้ธรรมนูญตำบลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ดังนั้นจากการวิจัยในครั้งนี้จากการที่ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้กลไกในการสร้างมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนโดยทุกคนมีส่วนร่วมในการออกข้อกำหนด แนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง รวมถึงการสร้างข้อตกลงร่วมหรือแนวปฏิบัติในการควบคุมให้ทุกคนที่อยู่ในชุมชนได้ปฏิบัติอยู่ในกรอบของสังคมที่ทุกคนร่วมกันสร้างขึ้นและมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยงานในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชนร่วมสนับสนุนและกระตุ้นหนุนเสริมให้แนวทางที่ประชาชนกำหนดขึ้นได้เป็นนโยบายที่นำมากำหนดให้เสมือนเป็นกฎหมายของชุมชน ซึ่ง

ประชาชนสามารถใช้ ออกแบบและปรับปรุงใหม่ร่วมกันโดยใช้มติของชุมชน จึงทำให้เกิดความเข้มแข็งของการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ถึงระดับฐานราก ธรรมนูญตำบลจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับพื้นที่ จนเกิดกระบวนการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมในเขตอำเภอปรางค์กู่ ดังนั้นรูปแบบนี้จึงสามารถนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่อำเภอปรางค์กู่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อขยายผลของงานวิจัยไปใช้ในชุมชนอื่นๆต่อไป

2.การทดลองใช้เครื่องมืออื่นๆ เช่นธรรมนูญตำบล มาใช้ในการพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 24-26 กรกฎาคม 2561, โรงแรมพลูแมน ขอนแก่น ราชาออคิด, ขอนแก่น.

2. อภิชาต ภัทรธรรม. (2557). ชนเผ่ากูย (Kui) กวย (Kuoy) หรือส่วย (Suay). วารสารการจัดการป่าไม้, 7(14), 54-63.

10. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานา วิทยา; 2554

3. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์ และ สรญา แก้วพิทูลย์. (2559). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(1), 49-63.

4. Zuckerman, A.J. (1995). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Journal of Clinical Pathology, 48(7), 691.

5. World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (draft), 2020. Available at https://www.who.int/neglected_diseases/Revised-Draft-NTD-Roadmap-23Apr2020.pdf?ua=1 [accessed May 21, 2020].

6. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล และ ศักรินทร์ บุญประสงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28 (6), 974-985.

7. สะอาด ศิริมงคล,สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง(2023).การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม . วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(1), 39–51

8. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2562). รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2559. การประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

9. เกษร แถวโนนงิ้ว, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุดไธสง และ วราลักษณ์ ตังคณะกุล. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(3), 370-379.

10. วัชรินทร์ พันแก่นและสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ (2567).การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(3), p. 104–118.

11. ปริวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร และ พุทธิไกร ประมวล. (2563). พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 9(1), 133-141.
12. ฉัตรลดา ดีพร้อม และ นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2561). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 8(1), 13-26.
13. กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. พิมพ์ครั้ง ที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
14. ฉัตรชัย คำดอกรับ และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(3), 75-83.
15. วรกร วิชัยโย. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วงจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 105-114.
16. สุคนธ์ทิพย์ นรสาร.(2564).การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
17. ปรีชา ปิยะพันธ์.(2565).การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารควบคุมโรคติดต่อเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 21(1),52-68.
18. วีระพล วิเศษสังข์, รติกร ชาติชนะยืนยงและชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลขะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 24(3), 61-74.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

Development of a model for promoting mental health in the elderly with non-communicable chronic diseases by creating 5 dimensions of happiness with participation at the Non-communicable Chronic Disease Clinic, Khao Wong Hospital

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

คมกฤษ วิเศษ[1]
Komkrit Wises

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 30 คน การดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง และการขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างเพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ระยะที่ 2 การบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย 1) การประสานบุคลากรสหวิชาชีพ 2) การออกแบบกระบวนการให้บริการแบบไร้รอยต่อ 3) การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 5) การบูรณาการตารางกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ 6) การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล 7) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว 8) การประเมินและปรับปรุงระบบและระยะที่ 3 หลังรับบริการในรูปแบบใหม่ พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ; สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; การสร้างสุข 5 มิติ; การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research is an action research to develop and study the results of the development of a model for promoting mental health in the elderly with chronic non-communicable diseases by creating 5 dimensions of happiness with participation at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital. The sample group consisted of 10 stakeholders in the elderly's health care, and the sample group used to evaluate the results of the model consisted of 30 elderly with chronic non-communicable diseases who were at risk of depression who received services at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital. The operation was conducted between October 2024 and March 2025. Data were collected using questionnaires, recording forms, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Before

[1] พบ. โรงพยาบาลเขาวง

and after the development of the model was compared using Paired t-test statistics. For qualitative data, content analysis was used.

The results of the research found that in Phase 1, important factors that caused the elderly with chronic non-communicable diseases to be at high risk of mental health problems, especially depression, were limitations in daily activities, chronic illnesses that had to be faced continuously, and lack of adequate care. These factors affected both physical and mental health. Leading to depression. Phase 2: Integrating mental health promotion services for the elderly with chronic non-communicable diseases with 5-dimensional happiness creation with participation at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital, consists of 1) Coordinating multidisciplinary personnel 2) Designing a seamless service process 3) Developing a linked data system 4) Creating a suitable environment 5) Integrating a schedule of activities to create 5 dimensions of happiness 6) Developing a monitoring and evaluation system 7) Creating participation of the elderly and their families 8) Evaluating and improving the system and Phase 3 After receiving the new service format, it was found that the results of the comparative analysis of the average scores in the perception of risk of depression, perception of disease severity, self-esteem, social support, participation in depression prevention and quality of life of the elderly with chronic non-communicable diseases after the experiment were significantly higher than before the experiment at a statistical significance of 0.05.

Keywords: Model development; Mental health of the elderly with chronic non-communicable diseases; Creating 5-dimensional happiness; Participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ในปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกายทำให้สภาพร่างกายแย่ลงส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย[1]

จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จนส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วิจิตร และคณะ (2563)[2] พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิง ร้อยละ 18.29 ภาวะซึมเศร้ามักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมี 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และที่พักอาศัย 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับความรู้สึกต่าง ๆ ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การอยู่โดยลำพังขาดการดูแลจากครอบครัว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีผลต่อภาวะซึมเศร้า [3,4]

สถานการณ์อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรทั้งสิ้น 32,271 คน พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2567 จำนวน 6,444 คน คิดเป็นร้อยละ 19.96 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 541 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39 และผู้สูงอายุติดสังคมทั้งหมด จำนวน 5,860 คน คิดเป็นร้อยละ 90.94 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบสัดส่วนของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3,506 คนของประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 10.86 จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 พบว่าปัญหาด้านการนอนร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มีพฤติกรรมทำซ้ำๆร้อยละ 14.56 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับ และยังพบผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย จากการสอบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตายพบปัจจัยเสี่ยงคือ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคซึมเศร้า พบปัจจัยกระตุ้นคือขาดผู้ดูแล[5]

ในปีงบประมาณ 2567 มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 89.90 (3,152 คน) พบว่าปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 95.71 (3,017 คน) ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด กลุ่มผิดปกติได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบคะแนน 9Q < 7 ร้อยละ 3.08 (103 คน) พบคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7 - 12 ร้อยละ 0.89 (28 คน) พบคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 13 - 18 ร้อยละ 0.10 (3 คน) และพบคะแนน 9Q ≥ 18 ร้อยละ 0.03 (1 คน) โดยเมื่อประเมินแล้วกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลรักษาตามระบบอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ประเมินแล้วปกติหรือมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายได้ในอนาคต (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2564) สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกินครึ่งที่ไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปีเพราะอยู่ลำพัง และมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แนะนำให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพทุกปี รู้เท่าทันร่างกายและหัวใจของตัวเอง เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพและป้องกันภาวะโรคซึมเศร้า สร้างสุขภาวะที่ดี[6]

การส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปรับตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นสิ่งสำคัญ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำคู่มือ “ความสุข 5 มิติ” สำหรับผู้สูงอายุของอัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ (2555)[7] ซึ่งเป็นความสุขเชิงจิตวิทยาความสุขทั้ง 5 นี้ ประกอบด้วย สุขสบาย เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขสนุก เน้นการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุขจิตใจสดชื่นแจ่มใส และเบิกบาน สุขสง่า เน้นความเข้าใจในความเป็นไปของชีวิต การนับถือ ความเชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจ สามารถมอบความรักและความปรารถนาดีให้แก่ผู้อื่นได้ สุขสว่าง เน้นความสามารถเรื่องความจำ การสื่อสาร การคิดอย่างมีเหตุผลการแก้ไขปัญหา สุขสงบ เน้นการรับรู้ความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง สามารถควบคุม จัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีการปรับระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุและให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมให้แก่ผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับ การจัดรูปแบบบริการสังคมผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ[8] แต่การปรับเปลี่ยนกลไกการให้บริการสาธารณสุขและการคลังด้านสุขภาพให้สอดรับกับความต้องการ และการปฏิสัมพันธ์ที่รัฐต้องการให้เกิดผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพกับผู้สูงอายุให้มากที่สุด การใช้ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพนำมาวิเคราะห์หาข้อมูลภาวะสุขภาพภาระโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยให้ครอบคลุมในทุกปัจจัยนำเข้า สามารถทำนายปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับวิเคราะห์ทรัพยากร บุคลากร และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถออกแบบระบบที่สามารถช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง จัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เป้าหมายมุ่งที่จะเพิ่มสัดส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุด เพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่ครอบคลุม[9]

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ร่วมกับการให้การรักษากลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเนื่องจากกระบวนการส่งเสริมการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่เอื้ออำนวยต่อการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้จริง จัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาจากภายในของบุคคล นำไปสู่การวางแผนเพื่อเลือกและตัดสินใจในการวางเป้าหมายเฉพาะตน โดยคาดหวังว่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความผาสุกให้เกิดแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)[10] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบฯ โดยกำหนดแบบเจาะจงในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากทีมที่ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร (2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่ได้รับการคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน 9Q <7 คะแนนของกรมสุขภาพจิต (2557)[11] ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 40 คน แบ่งตามระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลพัฒนารูปแบบประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน 9Q <7 คะแนน ของกรมสุขภาพจิต (2557) [11] โดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (simple random sampling) จำนวน 30 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 ที่ขนาด Effect size (dz) = 0.5 (ค่าอ้างอิงจาก Cohen's d ซึ่งค่า 0.5 หมายถึงขนาดอิทธิพลปานกลาง) α (Alpha, ระดับนัยสำคัญ) = 0.05 (ทั่วไปใช้ 0.05 หรือ 5%) Power (1-β) = 0.9 (กำลังของการทดสอบที่ต้องการ, ค่าทั่วไปคือ 0.8-0.9) Tail(s) = Two-tailed (สมมติฐานแบบสองด้าน) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ วัลยา ตูพานิช (2566)[12] ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการหล่นหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนเป็น 30 คน และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง อย่างน้อย 1 ปี โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน 9Q <7 คะแนนของกรมสุขภาพจิต (2557) [11] ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในเข้าร่วมการศึกษา ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษาผู้จัดการดูแลและ/หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการแทรกแซงเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสภาพทางการแพทย์ (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง) และ/หรือ ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พบว่ามีความ

อ่อนแอ ทีมศึกษาตัดสินไม่แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ด้วยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อที่จะพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย ซึ่งประกอบด้วย ด้าน 1 สุขสบาย (Health) ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation) ด้านที่ 3 สุขสง่า (Integrity) ด้านที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) ด้านที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ นอกจากนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษา เอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูล จากการสรุปทบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2.2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) และประเมิน 9Q ของกรมสุขภาพจิต (2557)[1]

2.3 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

สวนที่ 4 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2

คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย โลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(World Health Organization Quality of Life Brief– Thai, WHOQOL-BREF-THAI) 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพ สภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยแบ่งคะแนนระดับ คุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 26-60 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม: 61 - 95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ คะแนนรวม: 96 - 130 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งหมดมากกว่า 0.78 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยนำไปทดสอบกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89, 0.88, 0.86, 0.87, 0.82 , 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1.1 จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติสมุดประจำตัวผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 จัดเตรียมทีมงาน และผู้ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย บทบาทหน้าที่ และให้ความรู้ในส่วนที่จะต้องดำเนินการของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องการให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ

2. ขั้นทดลอง

วิธีการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอน การดำเนินกิจกรรมการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง (Spiral of Step) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis and Mc taggart ประกอบด้วย 4 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ศึกษาบริบทพื้นที่

1.1 บริบทของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่จะออกแบบกิจกรรมในการจัดกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพจิตปัจจุบันของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จัดลำดับความสำคัญของปัญหาการบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง โดยใช้กระบวนการ (Appreciation Influence Control) ในกิจกรรมจำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ผู้บริหารยุค 4G นำสู่บริการ”

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “สะท้อนคิดปัญหาและการจัดการทรัพยากรในองค์กร”

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามแผนในการจัดทำนโยบาย การออกแบบกิจกรรม ในการจัดทำกรอบการปฏิบัติงานและปฏิทิน การดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของทีมพัฒนาคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติแบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง “การสังเคราะห์ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มให้แก่ผู้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง เข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดย พี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

การดำเนินการติดตาม/สังเกตผลการดำเนินงานในระยะที่ 1 พร้อมสรุปประเด็นการสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection)

โดยมีกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยและการจัดเวทีรับฟัง ความคิดเห็น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในส่วนนี้คือการสังเกตแบบมี ส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและการนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบการถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นหลักร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ การปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีเครื่องมือช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ Paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเขาวง ทำให้เห็นสถานการณ์ที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติและข้อมูลต่างๆ สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในพื้นที่เป้าหมายมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3,506 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด ที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตคือ มีปัญหาด้านการนอนร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มีพฤติกรรมทำซ้ำๆร้อยละ 14.56 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง และการขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างเพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ชี้ให้เห็นว่ายังมีช่องว่างสำคัญในการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบ 2Q ในกลุ่มผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 68.72 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้รับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) คิดเป็นร้อยละ 89.90 (3,152 คน) ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้สะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง การเข้าถึงบริการ และการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิต อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในระยะยาว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง สรุปผลลัพธ์กิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 1: "ผู้บริหารยุค 4G นำสู่บริการ" การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำเชิงกลยุทธ์ได้สร้างความเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ดังนี้:

1.1 ผลลัพธ์ด้านการบริหาร 1) ผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้รับการเสริมสร้างทักษะในการวางแผนกลยุทธ์ที่เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) มีการพัฒนานโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล 3) เกิดการจัดโครงสร้างการบริหารงานที่เอื้อต่อการบูรณาการงานสุขภาพจิตและงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 ผลลัพธ์ด้านการสื่อสาร 1) ผู้บริหารสามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์และเป้าหมายด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนและมีพลัง 2) มีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสห

วิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการประชุมบูรณาการระหว่างงานสุขภาพจิตและงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประจำทุกเดือน 3) ทักษะการฟังอย่างตั้งใจของผู้บริหารได้รับการพัฒนา ส่งผลให้ได้รับข้อมูลปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

1.3 ผลลัพธ์ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม 1) มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2: "สะท้อนคิดปัญหาและการจัดการทรัพยากรในองค์กร" กิจกรรมการสะท้อนปัญหาและการจัดการทรัพยากรได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ดังนี้:

2.1 ผลลัพธ์ด้านการปรับปรุงระบบบริการ 1) มีการวิเคราะห์ช่องว่างในระบบการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการคัดกรองแบบบูรณาการร่วมกัน 2) เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Clinical Practice Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 3) จัดตั้งคลินิกบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไว้ด้วยกัน

2.2 ผลลัพธ์ด้านการบริหารทรัพยากร 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยบุคลากรจากหลายฝ่ายทั้งงานโรคเรื้อรัง งานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ 2) เกิดการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) มีการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

2.3 ผลลัพธ์ด้านการระดมทรัพยากรชุมชน 1) พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อช่วยในการคัดกรองและติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ทั้งสองกิจกรรมได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในระดับนโยบาย การบริหารจัดการ และการปฏิบัติงาน นับเป็นก้าวสำคัญในการลดช่องว่างของการให้บริการและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมต่อไป

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 อาชีพในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ทั้งหมด ร้อยละ 100.00 อาศัยอยู่กับลูก/ญาติมากที่สุด ร้อยละ 50.0 โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 40.0 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 40.0 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 73.3

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา (n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	24.71	1.69	35.43	4.52	21.89	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	25.79	3.14	38.65	5.76	20.57	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตัวเอง	24.15	2.03	31.39	2.97	23.84	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	18.73	3.67	28.31	6.64	15.65	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	16.24	2.88	24.26	4.67	16.33	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	50.93	10.31	84.27	16.13	25.91	<0.001**

p-value= 0.001

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ จากการสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเขาวง ทำให้เห็นสถานการณ์ที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติและข้อมูลต่างๆ สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในพื้นที่เป้าหมายมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3,506 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตคือ มีปัญหาด้านการนอนร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มีพฤติกรรมทำซ้ำๆร้อยละ 14.56 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ทำการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง เข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดย พี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชัชญาภา สมศรี (2564)[13] การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในภาพรวมของความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.51) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.32 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.77

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน MoCA test ของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า มี ระดับคะแนน MoCA test เฉลี่ยก่อนการร่วมกิจกรรม เท่ากับ 20.47 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 22.17 เพิ่ม ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.83, S.D.= 0.42) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกทักษะสมอง ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับ การศึกษาของ มินตรา สาระรักษ์ และคณะ (2564)[14] ได้ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) จิตวิญญาณ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียด 6) โภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านโนนเค็ง ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี โดยเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 26.38±3.96 พฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 56.8 และภายหลังการจัดกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักไม่ค่อยแสดงอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้ตัว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ควรมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ทันท่วงทีมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกันคือลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสู่การใช้ประโยชน์ โดย

สามารถ เชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลผ่าน Data Visualization

3. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อหรือแนวทางใน การรักษาผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบบไรรอยต่อระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงหน่วยบริการทุติยภูมิให้ชัดเจน และประชาชน /ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้

เอกสารอ้างอิง

1. อนันต์ อนันตกูล. (2558). *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย*. เอกสารประกอบการประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา.
2. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะทิตย์, วรวุฒิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์และสุนิสา ค้าขึ้น. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 7(2), 114-126.
3. Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing, 112*(11), 22-30.
4. World Health Organization (WHO). (2024). *Healthy ageing and functional ability*. Retrieved from https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability
5. โรงพยาบาลเขาวง. (2567). เอกสารรายงานประจำปี 2567. โรงพยาบาลเขาวง.
6. ปัญจวรา บุญสร้างสม. (2564). 7 กลุ่มโรคที่ควรฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567, จาก http://chan.nfe.go.th/ThungBencha/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=45
7. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, & คณะ. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *นโยบายแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ระหว่างวันที่ 8-9 กันยายน พ.ศ. 2563 โรงแรมไมด้า ดอนเมือง แอร์พอร์ต.
9. กรมอนามัย. (2559). *บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน*, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 10 กันยายน 2567, จาก hp.anamai.moph.go.th
10. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Geelong: Deakin University.
11. กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด* (พิมพ์ครั้งที่ 3, ฉบับปรับปรุง). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
12. วัลยา ตูพานิช. (2566). รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
13. ชัชญาภา สมศรี (2564). การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 8(2). 78-93
14. มินตรา สาระรักษ์, ฐิติรัช งานฉมัง, นันทยา กระสวยทอง. (2564)14 ได้ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 157-165.

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Effectiveness of using the patient classification model with the MOPH Triage system Emergency accident department Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ปริศนา ท้าวฤทธิ์[1]
Prisana Thawrith[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 22 คน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทำการศึกษาในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบประเมินความรู้,แบบประเมินความพึงพอใจ,แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage (สำหรับผู้ประเมิน/ผู้วิจัย) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป,ความรู้, ค่าคะแนนทักษะและความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage รวมทั้งความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้,ทักษะและความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา : 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ทักษะและความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การคัดแยกประเภทผู้ป่วย, รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This research was quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of using the MOPH Triage system for patient classification in the Emergency Department, Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province. Conducted among 22 emergency department personnel, including professional nurses and paramedics, at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province. The study was conducted between August and October 2024, comparing before and after in a single-group design. The research instruments consisted of the instruments used for data collection, including questionnaires for professional nurses and emergency medical personnel, including general information questionnaires, knowledge assessment forms, satisfaction assessment forms, skills assessment forms, and accuracy assessment forms for patient classification using the MOPH Triage system (for assessors/researchers). Analysis of general data, knowledge, skill scores and accuracy in patient classification using the MOPH Triage system, including satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and comparison of knowledge, skill scores and accuracy in patient classification using the MOPH Triage system. Data were analyzed using inferential statistics using the Chi-square test.

Results : It was found that 1) The knowledge and understanding of patient classification using the MOPH Triage system of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment with

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

statistical significance at the 0.05 level. 2) The skills and accuracy of patient classification using the MOPH Triage system of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level. 3) The satisfaction of patient classification using the MOPH Triage system of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords : Patient classification, patient classification model using MOPH Triage system, Emergency Department

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้แก่องค์กรสุขภาพ ทั่วโลก คือ การบริการที่มีคุณภาพและ ความปลอดภัยตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2004[1] สำหรับประเทศไทยในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มประกาศนโยบายด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) โดยปัจจุบันได้ปรับเป็นนโยบาย 3P Safety มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and Public) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็น ที่ต้องมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System : ECS) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแผนงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินและมีระบบ ECS ที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ ECS ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่ท้าทาย แต่มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนและต้องทำอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาบุคลากร การจัดมาตรฐาน การบริการและการลดความแออัด เพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Need of Emergency Patient) รวมถึงเหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาล[2]

การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เป็นขั้นตอนสำคัญตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นการจัดลำดับความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือตามความเร่งด่วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคาม ชีวิตหรือมีภาวะฉุกเฉินวิกฤติได้รับการดูแลรักษา เป็นลำดับแรก ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรง รับการดูแลอย่างทั่วถึง เป็นไปตามลำดับ ความ เร่งด่วนและปลอดภัย[3] ซึ่งการคัดแยกผู้ป่วยนอกจากจะช่วยกำหนดความรุนแรงและคาดการณ์ทรัพยากร ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคาดการณ์ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถรอได้อย่างปลอดภัยแล้ว ยังช่วยในการกำหนดทรัพยากรอย่าง มีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วย รวมถึงช่วยในการสื่อสารเพื่อลดความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยและญาติ[4]

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage nurse) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Office, 2008) จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้จำเป็นต้องผ่านการอบรม การทบทวนความรู้ ตรวจสอบความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตรงกับระดับความฉุกเฉินที่เป็นจริง[5] พยาบาลคัดกรองเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ที่เน้นความครอบคลุมของการจัดบริการขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม สามารถคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยโดยต้องใช้องค์ความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการคัดกรองสุขภาพที่สูงมาก เพื่อจัดวางระบบการคัดกรองที่มีความฉับไว ต่อสัญญาณ

อันตรายของผู้รับบริการ มีความถูกต้องแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก การคาดการณ์และวางแผนช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง มีคุณภาพ

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในด้านสุขภาพแม่ข่ายตามนโยบายรัฐในโครงการสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องดูแล และรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแก จึงเป็นจุดบริการที่มีบทบาทหลักในการคัดแยกผู้มารับบริการเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งผู้รับบริการในเขตอำเภอ นาแก และผู้ป่วย ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเครือข่ายดังกล่าว เมื่อพิจารณาสภาพการณ์ทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก พบว่า ในแต่ละปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการเฉลี่ยจำนวน 21,576, 24,602 และ 24,228 คน/ปี หรือเฉลี่ยจำนวน 59, 67 และ 67 คน/วัน นอกจากนั้นในปี 2556 พบผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ยต่อวันในเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก คิดเป็น ร้อยละ 51.30, 31.61 และ 17.10 ตามลำดับ มีพยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 22 คน ลักษณะการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการหมุนเวียนอัตรากำลังพยาบาลเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานสม่ำเสมอ มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี เป็นส่วนใหญ่ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการมีจำนวนมากในขณะที่สัดส่วนอัตรากำลังของพยาบาลค่อนข้างน้อยและจำนวนพยาบาลที่มีประสบการณ์ น้อยกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 10.52 ทั้งนี้แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็น ผู้คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในเวรเช้า เวรบ่าย ดึกและวันหยุดนักขัตฤกษ์ ซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผ่านมาพบข้อผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยและเกิดอุบัติการณ์มากในช่วงเวรบ่าย และเวรดึก โดยในปี 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่คัดแยกในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ร้อยละ 6.07, 7.05 และ 3.74 ตามลำดับ และการคัดแยกในระดับสูงกว่าความเป็นจริง (over triage) ร้อยละ 11.26, 6.69 และ 5.68 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอการรักษา ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น มีอาการชัก ซึมลงและความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 0, 0 และ 0 ตามลำดับ เมื่อทบทวนถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลจุดคัดแยกประเมินอาการเพื่อการคัดแยก ผู้ป่วยยัง ไม่ครอบคลุม จากการขาดความรู้และทักษะ ในการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วย ส่งผล ให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน คุณภาพการบริการลดลง ญาติผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่พึงพอใจนำไปสู่การร้องเรียนในการให้บริการ

ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลนาแก และมีบทบาทในการปฏิบัติงานในจุดคัดกรองได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index, ESI)[6] มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อช่วย ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อม สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครอบคลุม เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และ ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นเร่งด่วนเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป

ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) งานวิจัยนี้เป็นโปรแกรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการออกแบบกิจกรรม องค์ความรู้ ที่นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยกิจกรรมที่ 1 มีการบรรยาย ให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การสาธิต ทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการสาธิตย้อนกลับ และกิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง (simulation learning) และเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด สื่อที่ใช้คือ รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม แผนการสอน/เครื่องบันทึกเสียง/สมุดจดบันทึกและเอกสาร (Document analysis guide) รายงานเกี่ยวกับผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จำนวน 450 แฟ้ม โดยผลลัพธ์ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage 2) ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage 3) ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage
ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 ตุลาคม 2567

ประชากร คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มากกว่า 1 ปี 3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ที่ปฏิบัติงานนอกเหนือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)[7] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นข้อจำกัด ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม น้อยกว่า 1 ปี ดังนั้นในการคำนวนและการกำหนดขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยแบบ ทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน

ในส่วนกลุ่มตัวอย่างรายงานเกี่ยวกับผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จำนวน (N=460) แฟ้ม ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 ตุลาคม 2567 ในแฟ้มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบประเมินความรู้,แบบประเมินความพึงพอใจ,แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage (สำหรับผู้ประเมิน/ผู้วิจัย) และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม แผนการสอน/เครื่องบันทึกเสียง/สมุดจดบันทึกและเอกสาร (Document analysis guide) รายงานเกี่ยวกับผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จำนวน 460 แฟ้ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเอง โดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความ ถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.87 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ได้เท่ากับ 0.80 แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ได้เท่ากับ 0.76 และแบบประเมินความพึงพอใจได้เท่ากับ 0.80

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาและขออนุญาตใช้ข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพ ของผู้ป่วยในโปรแกรม Hos-xp ทั้งข้อมูลประวัติทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติปี 2567

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม

4. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม รวมถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารแบบสอบถามจะใส่ระหัสของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายแทนชื่อ-สกุล และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการ

ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการ นัดในการเข้ามาร่วมการทดลอง ในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่ห้องประชุมจามจุรี โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

5. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage, แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และแบบประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย

6. ผู้วิจัยดำเนินตามกิจกรรมตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ตามรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ค่าคะแนนทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ค่าคะแนนทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage และความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร รหัสการวิจัย REC 060/67 วันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.9 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 53 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.57 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.3 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.9 มีอาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์การทำงาน ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำสุด 1.6 ปี ระยะเวลาการทำงาน ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงสุด 28.6 ปี ระยะเวลาการทำงาน ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเฉลี่ย 8.75 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.65 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 และเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับ งานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (X

=14.27, S.D.= 4.21) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X = 28.36, S.D.= 1.43) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีแดง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีแดง ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (X=1.45, S.D.=0.80) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X=2.82, S.D.=0.39) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีแดง ของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีส้ม ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีส้ม ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (X=3.05, S.D.=1.52) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X=6.77, S.D.=0.42) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีส้ม ของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเหลือง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเหลือง ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ใน ระดับน้อย (X=3.91, S.D.=1.60) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X =7.64, S.D.=0.49) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเหลือง ของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเขียว ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเขียว ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (X=4.32, S.D.=0.99) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X=8.27, S.D=0.82) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีเขียว ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีขาว ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสีขาว ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (X =1.55, S.D.= 1.14) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X=2.86, S.D.= 0.35) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยสีขาว ของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage จากผลการศึกษา พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับน้อยถึง ปานกลาง หลังการทดลอง

มีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง มีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อแยก เป็นรายทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง

ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ภาพรวมความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage จากผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อแยกเป็นรายข้อความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง

ความพึงพอใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage

ความพึงพอใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage จากผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับน้อย (X= 2.00, S.D.=0.00) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (X=3.73, S.D.=0.45) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ด้วยระบบ MOPH Triage ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนความพึงพอใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 ในผู้ป่วยประเภทที่มีความรุนแรง (N=460)

ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างการทดลอง เดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2567 (N=460)ภาพรวมความ ถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย หลังการทดลองมีความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 88.04 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 11.96โดยคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 11.08 ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 0.65

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการทดลองพบว่า 1) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความถูกต้องในการคัด

แยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage กลุ่มตัวอย่างมีความถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจะช่วยสนับสนุนความรู้ ทักษะและความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะ และประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ซึ่งกิจกรรมที่ 1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การสาธิตทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการสาธิตย้อนกลับกิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยใน สถานการณ์จำลอง (simulation learning)กิจกรรมที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาล นาแก กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลนาแก ซึ่งกิจกรรมมีการส่งเสริมการให้ความรู้มีการ ฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยและการประเมินความความถูกต้อง ในการการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยเกิดประโยชน์สูงสุด กับผู้ป่วยที่มารับบริการ และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทักษะ และประเมินความถูกต้องได้ดีขึ้น กิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะการ คัดแยกผู้ป่วยช่วยสนับสนุนส่งเสริมและเป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการได้รับการรักษาได้อย่างปลอดภัย ดังการศึกษาดังการศึกษาของพรวิภา ยะสอน พบว่าผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หลังหลังใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2566 พบว่า มีการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.18 เป็นร้อยละ 92 มีการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยไม่ถูกต้องลดลงจากร้อยละ 27.81เป็นร้อยละ 8 มีการคัดแยก ต่ำกว่าความจริง (under triage) ลดลงจากร้อยละ 7.64 เป็นร้อยละ 2.18 และมีการคัดแยก สูงกว่าความจริง(over triage) ลดลงจาก ร้อยละ 20.18 เป็นร้อยละ 5.82[8]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนด เป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อน ลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และผู้รับบริการต่อไป

2. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับนำเสนอผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสุขภาพในระดับระดับอำเภอและระดับจังหวัดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบการบริการ รวมทั้ง ได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงาน เกิดความภาคภูมิใจและเป็นที่ยอมรับชื่นชมในการให้บริการที่มีคุณภาพ

ด้านการบริการพยาบาล

1. วิจัยที่พัฒนาขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพ ตำบล โรงพยาบาลชุมชน ที่อยู่ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งสามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้ได้

2. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาล ให้เหมาะสมกับ

ผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบ ให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage ที่ชัดเจน

2. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย และร่วมวางแผนการกำหนดระบบบริการที่เกิดจากปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

3. ควรพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยประเมินผลตัวชี้วัดสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2019). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva :World Health Organization.
2. กรมการแพทย์. (2561). MOPH ED Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. Journal of Professional Nursing, 26(1), 42–48.
4. Techa-tik, P., & Phu-ngern, P. (2014). The process of triage in the emergency unit. In T. Mitsoongnoen,K. Elanghong, & K. Apiratwarakul (Eds.). Essential knowledge in emergency care (pp. 16-22). Khon Kaen: Klang Nana Printing House. [In Thai] index triage system compared with three-level spot check: an Iranian experience. Arch Trauma Res. 2015;4(4): e29214.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวปฏิบัติปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะ กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ ที่ กพฉ.กำหนด (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
7. วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล : การเลือกตัวอย่างและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
8. พรวิภา ยะสอน. (2566). ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(2). สืบค้นจาก http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/books/view?id=23.
9. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). Emergency Care System : ECS ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กระทรวงสาธารณสุข, (2560); 1(1):324-340.
10. กรมการแพทย์. (2561). MOPH ED Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา

The Model for Developing the Quality of Spa Business, According to the Enforcement of Health Establishment Act. B.E. 2559, in Pang-nga Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

วรชัย ใจเย็น[1]
Worachai Jaiyen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทสปา จังหวัดพังงา โดยกำหนดขั้นตอนการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสภาพปัญหาและส่วนขาด 2) การออกแบบและพัฒนาคุณภาพ 3) การนำรูปแบบการพัฒนาไปทดลองใช้จริง 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานสถาน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean : $\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสถิติค่าที (paired t-test)

ผลการศึกษา พบว่ามีผลการประเมินในระดับที่ดีขึ้น สามารถดำเนินการตามรูปแบบการได้ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 100 ผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการให้บริการ โดยใช้สถิติค่าที (paired t-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.84, p-value < .001) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปา สามารถยกระดับการผ่านมาตรฐานเป็นระดับดีเยี่ยม ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก และประสิทธิผลของรูปแบบที่นำไปใช้พัฒนาอยู่ในระดับเหมาะสมต่อการนำไปใช้พัฒนา ผลการศึกษาครั้งนี้ ควรกำหนดให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปา นำรูปแบบการพัฒนาในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดพังงา ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปา

Abstract

This research was action research. The objective is to study and create a model for developing the quality of health establishments in the spa category in Phang Nga Province. The study steps are divided into 4 steps: 1) Studying the problems and shortcomings, 2) Designing and developing quality, 3) Implementing the development model for actual use, and 4) Evaluating the results of using the development model. Data were collected using the Department of Health Service Support's standard assessment form and in-depth interviews. The data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean ($\bar{X}$), and standard deviation (SD), content analysis, and paired t-test.

The results of the study found that the evaluation results were at a better level. The model could be implemented at an excellent level of 100 percent. The results of the comparison of the average percentage before and after the trial of the service development model using the paired t-test were statistically significantly different (t = 4.84, p-value < .001). Health establishments of the spa type were able to raise their standards to an excellent level. Thai traditional medicine service recipients were very satisfied with the service in all aspects. The effectiveness of the model used for development was at a level appropriate for use in development. The results of this study should determine that health establishments of the spa type should use the development model in health

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

establishments in Phang Nga Province as a guideline for continuous service quality development. Keywords: Quality development model, health establishments of the spa type

Keywords ; The model for service development. health service industries and spa business.

บทนำ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ประกอบด้วย กิจการสปา กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม และกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง[1] ในปี 2562 อุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพที่มีโอกาสเติบโตขึ้น คือธุรกิจสปาและนวดไทยเพื่อสุขภาพ โดยมีโอกาสที่จะเติบโตที่มีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สืบเนื่องจากเทรนด์รักสุขภาพที่มีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มูลค่าตลาดธุรกิจสปาทั่วโลกอยู่ที่ 27 ล้านล้านบาท และมีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 7 - 8 ต่อปี โดยประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 16 ของโลก มีมูลค่าอยู่ที่ 35,000 ล้านบาท[2] นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงในด้านความสะอาดของอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ ทั้งยังพบผลกระทบต่าง ๆ จากร้านนวดที่ไม่ได้มาตรฐาน อุปสรรคในการยื่นขออนุญาตเกิดจากผู้ประกอบการจำนวนมากไม่เห็นความสำคัญของการรับรองมาตรฐาน[3] เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559[1] มีผลให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ คือ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม และสปา ต้องยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ

ปัจจุบันสถานประกอบกิจการธุรกิจสุขภาพด้านการบริการสปาไทยและการนวดไทยมีการขยายตัวอย่างกว้างขวางทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจสปาเพื่อสุขภาพอยู่ในสภาวะการแข่งขันในตลาดสูง โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา[4] กล่าวว่า ปัจจุบันสถานบริการด้านสุขภาพมีจำนวนมาก จนทำให้เกิดข้อจำกัดด้านมาตรฐานการให้บริการการแข่งขันด้านราคาค่อนข้างสูง ประกอบกับสถานบริการประเภท สปาบางแห่งมีบริการแอบแฝงทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีแก่บริการด้านสุขภาพของไทย ฉะนั้นการแข่งขันหลักในตลาดธุรกิจที่ให้บริการด้านธุรกิจที่สปาจึงจำเป็นที่ต้องเน้นด้านคุณภาพของมาตรฐานการบริการเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[5] กล่าวถึง แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็นการท่องเที่ยว (พ.ศ. 2561 - 2580) ควรยกระดับคุณภาพการให้บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ได้มาตรฐานระดับสากล ทั้งคุณภาพของสถานประกอบการและคุณภาพของผู้ให้บริการที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญให้ความสำคัญเรื่องความสะอาดและความปลอดภัยในสถาน ประกอบการด้วยประเด็นดังกล่าว จึงเป็นโจทย์สำคัญที่ผู้ประกอบการธุรกิจสปาเพื่อสุขภาพต้องทำความเข้าใจ รวมถึงการศึกษาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอย่างถ่องแท้เพื่อนำมาพิจารณาและปรับใช้กับธุรกิจในการยกระดับคุณภาพการให้บริการ อันก่อให้เกิดการสร้างความพึงพอใจสูงสุดและอยากกลับมาใช้บริการซ้ำอีกครั้ง

จังหวัดพังงา มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 199 แบ่งเป็น กิจการสปา จำนวน 43 แห่ง กิจการนวดเพื่อสุขภาพ จำนวน 312 แห่ง และกิจการนวดเพื่อเสริมความงาม 2 แห่ง[6] แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับรองมาตรฐาน
แล้วแต่ผลจากการตรวจซ้ำภายหลังรับรองมาตรฐาน พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกิจการสปา ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 15 แห่ง ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ อาจทำให้นักท่องเที่ยวได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการก่อให้เกิดความไม่ประทับใจแก่นักท่องเที่ยวหรือผู้ใช้บริการ และอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของนักท่องเที่ยว รวมถึงเป็นการทำให้ภาพพจน์และชื่อเสียงของจังหวัดพังงาเสียหาย

ผู้วิจัย สนใจศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของพนักงานในการพัฒนาคุณภาพของกิจการสปา ตาม

พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม[7] ของพนักงานในการพัฒนาความสามารถขององค์กรและบุคคล เนื่องจากการได้รับการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สิ่งที่สำคัญในการขอรับรองมาตรฐาน นอกจากด้านสถานที่ของสถานประกอบการจะต้องผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว ในส่วนของพนักงานในกิจการสปาทุกคน มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการขอรับรองมาตรฐาน ซึ่งหากพนักงานในกิจการสปา ไม่มีส่วนร่วมในการคิดที่พัฒนาสถานประกอบประกอบการที่ตนทำงานแล้วก็จะทำให้สถานประกอบการไม่สามารถที่จะพัฒนาไปได้ และไม่สามารถผ่านการรับรองตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้ ซึ่งการมีส่วนร่วมของพนักงานในกิจการสปาจะทำให้สถานประกอบการสามารถพัฒนาตนเองให้ปรับปรุงเข้าสู่คุณภาพ คือการได้รับรองมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา
2. เพื่อทดลองรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปาตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีดำเนินการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบระบบการพัฒนาคุณภาพกิจการสปาตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ (วาโร เพ็งสวัสดิ์, 2553)[8] ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา จำนวน 30 ตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ดำเนินการสปา (Spa manager) พนักงานระดับผู้จัดการ และผู้ให้บริการจำนวน 30 กลุ่มตัวอย่าง คณะกรรมการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด จำนวน 15 ตัวอย่างและผู้รับบริการ จำนวน 300 ตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้มารับบริการในสปาแห่งละ 10 ตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2564 - พฤษภาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องบันทึกเสียง การสังเกต และแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบสัมภาษณ์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 3) แนวคำถามการสทนากลุ่ม 4) แบบประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ และ 5) แบบประเมินความคิดเห็นรูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการศึกษา เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและส่วนขาดการพัฒนาคุณภาพกิจการสปา ตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยการศึกษาจากการประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ประเภท กิจการสปา ปี 2564 และการสทนากลุ่ม (Focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยผู้ดำเนินการสปา (Spa manager) พนักงานระดับผู้จัดการ และผู้ให้บริการ จำนวน 30 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้ คือ การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานด้านคุณภาพ ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับผลจากการสัมภาษณ์การดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดโครงร่างรูปแบบพัฒนาคุณภาพกิจการสปาโดยผู้วิจัย และได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดำเนินงานการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา จังหวัดพังงา จำนวน 30 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ที่ได้รับการออกแบบและพัฒนาไปทดลองใช้จริงโดยประเมิน จำนวน ๒ ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา จังหวัดพังงา และปรับปรุงแบบให้สมบูรณ์ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา จากคณะกรรมการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในกิจการสปา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา (content specialist) 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย (research specialist) 1 ท่าน โดยขั้นตอนการตรวจจะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1) การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Validity)[9] ของข้อคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจะทำการตรวจรายการข้อคำถามแต่ละข้อโดยการตรวจถ้อยคำ ภาษาประโยค รูปแบบภาษา และสำนวนภาษา ว่ามีความถูกต้องและมีความเหมาะสมเพียงใด และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 นำไปทดสอบความเชื่อมั่น(Reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทำการทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha (Coefficient Alpha) ด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha[10] โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.842

การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานเจ้าของผู้ประกอบการและผู้บริหารสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การจัดเก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด
2. ประชุมชี้แจงจากคณะกรรมการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด
3. กำหนดแผนและการดำเนินงานตามแผนในการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean : $\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)
3. ข้อมูลผลการประเมินการใช้รูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ จังหวัดพังงาทดสอบด้วยความแตกต่างด้วยสถิติค่าที (paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตามเอกสารเลขที่ 5/2564 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2564

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ปัญหาและส่วนขาดการดำเนินงาน

การเตรียมการ มีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย กระบวนการ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันแก่ทีมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในประเด็นสภาพปัญหา รูปแบบการดำเนินงานในกิจการสปา ตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมาตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันแก่ทีมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก กิจการสปา ประกอบด้วย Spa manager พนักงานระดับผู้จัดการ และผู้ให้บริการในกิจการสปา เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาและบริบทการทำงานในกิจการสปา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลทั่วไป ผู้บริหารหรือผู้จัดการทั้งหมด 30 แหง พบวา สวนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุมากกวา 35 ป อาชีพรับจ้างเป็นผู้ดำเนินการสปาและผู้ให้บริการในจังหวัดพังงา ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี มีประสบการณทำงานมากกวา 10 ป ในด้านการลงทุน ธุรกิจเดยสปาขนาดเล็ก มีการลงทุนไม่ต่ำกวา 1 ลานบาท ธุรกิจ สปาขนาดใหญ่ มีการลงทุน มากกวา 10 ลานบาท ธุรกิจรีสอรท สปา มีการลงทุน 3 - 5 ลานบาท ในสวนของเตียงที่มีให้บริการได้แก เตียงนวดไทย เตียง นวดน้ำ และเตียงนวดเท้า ขึ้นอยู่กับประเภทและรูปแบบของธุรกิจสปา มีเตียงนวดรวมกัน 10 - 20 เตียง ขึ้นอยู่กับขนาดของพื้นที่สปาในรีสอรทนั้น ๆ ประเภทของงานบริการสปามีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความ ต้องการของลูกค่า มีการจัดเป็นรูปแบบของแพคเกจเพื่อสร้าง ความแตกต่างและเอกลักษณของงานบริการแต่ละที่ขึ้นอยู่กับประเภทของธุรกิจการสปา ด้านผลิตภัณฑ์ ประเภทของงานบริการสปามีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความต้องการของลูกค่า มีการจัดเป็นรูปแบบของแพคเกจเพื่อสร้าง ความแตกต่างและเอกลักษณของงานบริการแต่ละที่ ด้านราคาอัตราค่าบริการของกิจการสปาเพื่อสุขภาพในจังหวัดพังงาในแต่ละประเภทสปา มีราคาต่ำสุดอยู่ที่ 300 บาท ต อ ชั่วโมง สูงสุดอยู่ที่ มากกวา 10,000 บาท ทำเลที่ตั้งสำหรับเรื่องความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากลูกค้าส่วนใหญ่ จะเป็นนักทองเที่ยวที่มากับบริษัททัวร์ ฉะนั้น ถ่าสถานประกอบการควรตั้งอยู่บริเวณติดกับ เส่นทางหลัก การจัดโครงสร้างองคกรกิจการสปา มี 2 ประเภท ได้แก 1) โครงสร้างองคการแบบแบงงานตามหน้าที่และ 2) โครงสร้างองคการ จำนวน 43 แห่ง

ผลการดำเนินงานการตรวจเพื่อรับรองมาตรฐาน และการออกใบอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปายังขาดมาตรฐานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

การประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา จังหวัด มีประเด็นที่ต้องพัฒนามาตรฐาน ตามรายละเอียด ดังนี้

1. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

1.1 สถานที่และสภาพแวดล้อม

- การตกแต่งสถานที่ไม่มีความเป็นเอกลักษณ์ไทย หรือความเป็นธรรมชาติ
- การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานไม่เป็นสัดส่วน สะดวก และความปลอดภัยในการใช้บริการ
- แผนผังแสดงจุดต่าง ๆ ของสถานประกอบการที่สำคัญแสดงไว้ไม่ชัดเจนและเข้าใจยาก
- ป้ายชื่อสถานประกอบการมีขนาดป้ายและตัวอักษรไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดมีภาษาต่างชาติใหญ่กว่าภาษาไทย

- ห้องพักพนักงานไม่ได้แยกเป็นสัดส่วน

1.2 สิ่งอำนวยความสะดวกและพื้นที่บริการเสริม

- ไม่มีอุปกรณ์สำหรับคนพิการ ได้แก่ ทางลาด ราวจับ
- ไม่มีบริเวณให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน
- ไม่มีบริเวณทำสมาธิ

2. มาตรฐานด้านบุคลากร

2.1ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)

- ขาดการวางแผนการดำเนินงานในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพอย่างมีคุณภาพ
- ขาดการมีส่วนร่วมในการทำตลาดทั้งภายในและต่างประเทศ
- ขาดการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสาธารณะภายนอกองค์กร

2.2ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Therapist)

- ไม่ผ่านการอบรมความรู้เฉพาะด้านของการบริการในแต่ละประเภทให้บริการนอกเหนือเกณฑ์มาตรฐานผู้ให้บริการ
- ขาดการให้บริการตามขั้นตอน
- ขาดการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสาธารณะภายนอกองค์กร
- ขาดความสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี

2.3 พนักงานต้อนรับ (Spa Receptionist / Guest Relations Officers)

- ขาดการให้การต้อนรับและบริการลูกค้าได้ทุกเรื่อง
- ขาดการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสาธารณะภายนอกองค์กร
- ขาดความสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี

3. มาตรฐานด้านการบริการ

- ไม่มีรายการนวดไทยแบบพื้นบ้าน

4. มาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์

4.1 คุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์

- ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ไม่มีมาตรฐาน

4.2ระบบดูแลรักษา และการตรวจสอบความปลอดภัย

- ไม่มีระบบเฝ้าระวังกำกับเรื่องอายุผลิตภัณฑ์

5. มาตรฐานด้านการบริหารและจัดการองค์กร

5.1ระบบบริหารงาน

- ระบบการว่าจ้างและผลตอบแทน
- ระบบการจัดทำแผนธุรกิจ

5.2 ระบบพัฒนาบุคลากร

- ขาดระบบประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ สถานบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ยังมีส่วนขาดองค์ประกอบทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ ไม่ได้ติดตั้งนาฬิกาภายในห้องให้บริการ ไม่มีนาฬิกาทรายในห้องอบไอน้ำและห้อง stream หรือนาฬิกาติดผนังที่ต้องมองเห็นจากด้านในห้องอบไอน้ำและห้อง stream ต้องไม่ล็อคประตูห้องได้จากด้านใน คำแนะการใช้ห้องอบไอน้ำและห้อง stream ที่เป็นภาษาไทย ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการ เช่น ครีมสำหรับนวดที่แบ่งบรรจุต้องระบุรายละเอียดวันที่หมดอายุและวันเริ่มใช้ พนักงานไม่ติดป้ายชื่อ ไม่มีป้ายห้ามสูบบุหรี่ ไม่มีแบบคัดกรองผู้รับบริการซึ่งเป็นมาตรฐานที่สำคัญ หากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการได้

การทดสอบความรู้ เรื่องมาตรฐาน กิจการสปา ตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พบว่า ความรู้เรื่องมาตรฐานกิจการสปา ตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง

การตรวจสอบตามเกณฑ์มาตรฐานผล พบว่า คะแนนที่กิจการสปา ได้รับตรวจประเมินครั้งที่ 1 ก่อนการให้ความรู้ พบว่า สถานประกอบการมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.14

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา ประกอบด้วย

2.1ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

- สถานที่และสภาพแวดล้อม
- สิ่งอำนวยความสะดวกและพื้นที่บริการเสริม

2.2ด้านบุคลากร

- ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)
- ผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Therapist)
- พนักงานต้อนรับ (Spa Receptionist / Guest Relations Officers)

2.3ด้านการบริการ

2.4ด้านผลิตภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์

- คุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์
- ระบบดูแลรักษา และการตรวจสอบความปลอดภัย

2.5ด้านการบริหารและจัดการองค์กร

- ระบบบริหารงาน
- ระบบพัฒนาบุคลากร

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ นำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพ ไปทดลองใช้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา ตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงา จำนวน 10 แห่ง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน นำรูปแบบมาปรับปรุง และนำไปทดลองใช้กับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการสปา อีก 30 แห่ง ใช้ระยะเวลา 30 เดือน พบว่า มีผลการประเมินสามารถดำเนินการตามรูปแบบการประเมินได้ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 100 และเมื่อประเมินผลการทดลองก่อนและหลังนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (α = 0.05)โดยหลังการทดลองใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด พบว่า มีความคิดเห็นต่อความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง ความเหมาะสมของรูปแบบ ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของรูปแบบ ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ($\overline{X}$ = 0.93 SD.= 0.25, $\overline{X}$ = 0.86 SD.= 0.35, $\overline{X}$ = 0.86 SD.= 0.25 และ $\overline{X}$ = 0.95 SD.= 0.23 ตามลำดับ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรูปแบบการพัฒนาของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัดพังงา พบว่า มีความพึงพอใจความพึงพอใจสถานที่ พนักงานผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ บริการที่ได้รับและความสะดวกในการรับบริการ ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.93 SD.= 0.45, $\overline{X}$ = 4.10 SD.= 0.41, $\overline{X}$ = 4.40 SD.= 0.50 $\overline{X}$ = 4.30 SD.= 0.56 และ $\overline{X}$ = 4.17 SD.= 0.41 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เพื่อศึกษาปัญหาและส่วนขาดการพัฒนา และเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของกิจการสปา ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในจังหวัดพังงา พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปาจังหวัดพังงา ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านมาตรฐานมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบริการ ด้านผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ และด้านบริหารจัดการองค์กร ตามมาตรฐานใน พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ทั้ง และเมื่อผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการ ซึ่งได้นำรูปแบบการดำเนินงานการให้บริการนำไปใช้จริง จำนวน 30 แห่ง พบว่า ก่อนการพัฒนาสมรรถนะของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปาอยู่ในเกณฑ์ต้องได้รับการพัฒนา และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะสถานประกอบการประเภทกิจการสปาตาม พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

มีสมรรถนะอยู่ในระดับดีเยี่ยม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สัญญา ยือราน และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[9] คือ ผู้มีส่วนร่วมร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบผ่านวงรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์ หรือสร้างความสามารถของชุมชนโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทัศนคติด้วยกระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดการรับรู้ถึงการสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า และจะยั่งยืนกว่าในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินความสามารถและข้อจำกัดของตนเองเพื่อวางแผนและฝึกปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพตนเอง ส่งผลต่อผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาปัญหาและส่วนขาดการดำเนินงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทสปา พบว่า ด้านสถานที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าสถานที่ต้องมีการตกแต่งเหมาะสมเป็นไทย และสวยงามมากที่สุด มีความทันสมัยมากขึ้น ด้านบุคลากรผู้ใช้บริการรับรู้ได้ว่าพนักงานให้บริการด้วยกริยาที่สุภาพ อ่อนน้อม และเอาใจใส่ ดังนั้น สถานประกอบการควรมีการจัดอบรมพนักงานอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ด้านการบริการผู้ใช้บริการรับรู้ในการต้อนรับแบบไทย ดังนั้น สถานประกอบการควรมีการจัดให้มีการบริการอาหารและเครื่องดื่ม เช่น น้ำสมุนไพร ขนมไทย เพื่อสร้างความประทับใจ และด้านผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้ใช้บริการรับรู้การจัดเก็บอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างเหมาะสม ดังนั้น สถานประกอบการควรแสดงให้เห็นว่าอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่ให้บริการมีการจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบ สะอาดและปลอดภัย

ทั้งนี้ ผลจากการพัฒนาคุณภาพกิจการสปาในสถานประกอบการกิจการเพื่อสุขภาพ จังหวัดพังงา ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ มีปลอดภัย และสามารถเสริมสร้างสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานที่กำหนด และเป็นที่ยอมรับจากผู้รับบริการมากขึ้น ส่งผลต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจังหวัดพังงา ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในเรื่องคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการสปาเพื่อสุขภาพระดับสากล เพื่อให้ทราบว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับมาตรฐานระดับสากลเพิ่มขึ้นหรือไม่

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการสปาในประเทศไทยกับต่างประเทศ

2.3 ควรมีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการสปาในจังหวัดพังงา ให้ได้รับคุณภาพมาตรฐานระดับสากล

เอกสารอ้างอิง

1.กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. (2562). คู่มือการตรวจประเมินและการพิจารณาอนุญาตการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท เจเนซิส มีเดียคอม จำกัด.

2.สรัญญา ทองเทพ. (2563). ยกระดับสปาไทยสู่สากลกินส่วนแบ่งตลาดโลก 27 ล้านบาท. สืบค้นจาก https://www.thebangkokinsight.com/125178/

3.สิริอำพร ทองมาก และคณะ. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของพนักงานในการพัฒนาคุณภาพสถาน ประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ : กรณีศึกษา อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (1) : 83-93.

4.สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism). รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว ฉบับที่ 3, 30-43. กรุงเทพฯ : สำนักเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.

5.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 5 การท่องเที่ยว. (20 มิถุนายน 2564) สืบค้น จาก http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/ 2021/01/06_NS_05.pdf.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2563) รายงานประจำปี กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

7.ชุติมา นุตยะสกุล. (2562). รูปแบบการพัฒนาบุคลากรในธุรกิจสปาเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 3(13) : 25.

8.วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2(4).

9.สมชาย วรกิจเกษมสกุล. (2567). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตรและสังคมศาสตร. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

10.วิภาพรรณ มักขุนทด. (2558) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างมิติและวิธีประมาณค่าความเที่ยงที่มีต่อค่าความเที่ยงแบบพหุมิติ ความแม่นยำ และความถูกต้องของการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 29 (3).

11. สัญญา ยือราน และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 5(2) : 288-300.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of preoperative abdominal surgery visiting program of operating room nurses on anxiety and satisfaction of the patients and families, Wanonniwat hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ทรงศรี สาริบุตร[1] **อัญชะนา สงโพธิ์กลาง**[1]
Songsri Saribut[1] **Anchana Songphoklang**[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 62 คน และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 คน กลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 14 มีนาคม 2568 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ Independent t-test สถิติเปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=5.984$, $p<0.001$ และ $t=4.773$, $p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองหลังดำเนินโปรแกรมต่ำกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=5.724$, $p<0.001$ และ $t=5.347$, $p<0.001$) ด้านความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-16.658$, $p<0.001$ และ $t=-9.263$, $p<0.001$)

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง, การเยี่ยมก่อนผ่าตัด, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด, ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of preoperative abdominal surgery visiting program of operating room nurses on anxiety and satisfaction of the patients and families, Wanonniwat hospital, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 62 preoperative abdominal surgery patients and 62 family members who were the main caregiver, divided into a control group and experimental group, 31 cases in each group. The control group received routine preoperative visits, while the experimental group received the preoperative abdominal surgery visiting program. The study was conducted between January 15th to March 14th, 2025. The data collection instruments included a general information questionnaire for patients and their families, an anxiety scale, and a satisfaction questionnaire for the program. The experimental instrument was the preoperative visiting program. Quantitative data were analyzed using basic statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation. The comparison statistics using independent t-test and paired t-test.

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The results showed; mean anxiety scores of patients and their families in the experimental group after the program were significantly lower than those of the control group at the level of 0.01 (t=5.984, p<0.001 และ t=4.773, p<0.001), and mean anxiety scores of patients and families in the experimental group after the program were significantly lower than before at the statistical level of 0.01 (t=5.724, p<0.001 และ t=5.347, p<0.001). In terms of satisfaction, it was found that patients and families in the experimental group had significantly higher satisfaction with the pre-operative visiting program than the control group at a statistical significance level of 0.01 (t=-16.658, p<0.001 และ t=-9.263, p<0.001)
Keyword: abdominal surgery, preoperative visit, anxiety, satisfaction.

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดเพื่อการตรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยศัลยแพทย์ เป็นการตัด ต่อหรือซ่อมแซมอวัยวะต่างๆภายในช่องท้องอาทิเช่น ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร มดลูก เป็นต้น[1] ปัจจุบันการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมี 2 แบบ ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง (Laparotomy) และการผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้อง (Laparoscopy) โดยสอดท่อที่มีกล้องและอุปกรณ์ในการตัดเย็บเข้าไปทดแทนการผ่าตัดแบบดั้งเดิม วิธีการนี้ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็กบริเวณหน้าท้อง เสียเลือดน้อยกว่าและปวดแผลน้อยกว่า[2,3] ถึงกระนั้นการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องยังเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากมีการรบกวนอวัยวะต่างๆในระบบทางเดินอาหารร่วมกับต้องใช้เวลานานในการผ่าตัด ซึ่งยังจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง

เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่กำลังจะเผชิญจากการบวนการรักษาที่กำลังจะเกิดขึ้น[1] ซึ่งพบได้บ่อยๆในระยะก่อนผ่าตัด[4,5,6] มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกหลายเรื่องที่พบอุบัติการณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดตั้งแต่ร้อยละ 11-80[7,8,9,10,11] ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative anxiety) คือ ความรู้สึกกลัว หรือรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา กลัวสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดจะไม่ปกติ เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้จึงกลายเป็นความวิตกกังวล หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากเกินไป จะส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ตลอดจนส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ปวดแผลมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัดได้ เช่น แผลติดเชื้อ เพราะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะไปกดการทำงานของร่างกายทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systematic inflammatory response syndrome[SIRS]) และการติดเชื้ออาจรุนแรงขึ้นจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และอาจเสียชีวิตได้[6] ความวิตกกังวลจึงกลายเป็นปัจจัยขัดขวางกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการทรุดลง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานและทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย[12]

ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคามโดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า[13] ทำให้บุคคลแสดงออกด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมต่างๆ เช่น ความสับสน ไม่มีความสุข กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก มือสั่น ตัวสั่น ปั่นป่วนในท้อง เป็นต้น ความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปิลเบอร์เกอร์ ประกอบด้วย

ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State anxiety) และความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) โดยที่ความวิตกกังวลตามสถานการณ์เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม ส่วนความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นความวิตกกังวลที่มีพื้นฐานจากลักษณะเฉพาะของบุคคลทั้งในส่วนของทัศนคติ การรับรู้และความคิด อันส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคลในทุกๆด้าน หากมีความวิตกกังวลมากหรือเป็นเวลานานๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้[14] ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจึงเป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยพึงตระหนักและจัดการกับปัญหาเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเป็นภัยคุกคามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

มีการศึกษาวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดในระยะผ่าตัดซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะหลังผ่าตัด [15] และต้องการทราบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปรับตัวและเผชิญกับความเครียดในระยะก่อนผ่าตัด[16] วิธีการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดคือการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่ต้องใช้ทักษะและความรู้ในการให้คำแนะนำ อธิบาย ทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้[17,18] ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลข่าวสารเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด[19] การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิดการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ผลที่เกิดจากการผ่าตัด ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการปัญหา[1] การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การสอนเทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และการสอนเทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความวิตกกังวลได้ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[20]

การผ่าตัดเป็นหนึ่งในบริการสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลวานรนิวาส จากสถิติย้อนหลังระหว่างปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 4,216 ราย, 5,101 ราย และ 6,029 ราย ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 2,480 ราย, 3,927 ราย และ 4,579 ราย ตามลำดับ และเมื่อจำแนกตามตำแหน่งการผ่าตัดใหญ่พบว่าเป็นการผ่าตัดตำแหน่งช่องท้องจำนวน 577 ราย (ร้อยละ 23.27), 718 ราย (ร้อยละ 18.28), และ 747 ราย (ร้อยละ 16.31) ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อการรักษาผู้ป่วยยังเป็นบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ และการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดผ่านกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วย จากการทบทวนเพื่อพัฒนาคุณภาพกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ผ่านมาเน้นการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเป็นหลัก ส่วนการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเป็นการสอบถามตามแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นแบบ check list ยังไม่มีการประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานในขณะที่ปัญหาสำคัญเรื่อง

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยๆในโรงพยาบาลวานรนิวาส โดยปรับปรุงวิธีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบเดิมและพัฒนามาเป็นโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว[21] ร่วมกับประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง[22] (Self-regulation theory) นำมาทดลองใช้และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติและการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ในการจัดทำแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

สมมติฐานการศึกษา

1. ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติ
2. ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 14มีนาคม 2568 กลุ่มที่ 2 คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างดำเนินการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นการผ่าตัดแบบ Elective case ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดใดๆมาก่อน รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน และยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการได้ยิน เป็นใบ้หรือหูหนวก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวช ผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกขั้นตอน หรือผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษา เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยจับคู่ระหว่างผู้ป่วย

1 คนต่อผู้ดูแลหลัก 1 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในครอบครัว ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการผ่าตัดใดๆมาก่อน สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน และยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการได้ยิน เป็นใบ้หรือหูหนวก ผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีปัญหาทางจิตเวช ผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกขั้นตอน หรือต้องการออกจากการศึกษา เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คำนวณโดยอ้างอิงงานวิจัยของ Lin & Wang[23] กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.03 (SD=2.46) และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.67 (S.D.=2.53) โดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 31 คน และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 31 คน และกลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 31 คนและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการเยี่ยมก่อนผ่าตัดแบบเดิม โดยเพิ่มเติมเนื้อหาและรายละเอียดการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างสื่อการสอนเป็นแผ่นภาพพลิก เพื่อใช้ประกอบการให้ข้อมูลในเยี่ยมก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นภาพบรรยากาศของห้องผ่าตัดจริง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลจากการคาดเดาสถานการณ์การผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับตามแผนการรักษา บุคลากรที่ผู้ป่วยจะพบในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเพื่อความปลอดภัยขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และเทคนิคการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดที่จะได้รับ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา และโรคประจำตัว เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล การศึกษานี้ใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) แปลเป็นไทยโดยดาราวรรณ ต๊ะปินตา[24] โดยมีสถานการณ์ของการเข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความวิตกกังวลในขณะนั้น คำถามประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 และข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 วิธีการตอบแบบวัด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้าง 3 เท่ากับ ค่อนข้างมาก และ 4 เท่ากับ มาก

ที่สุด ผู้ตอบจะต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อความตรงกับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น สำหรับข้อความเชิงลบถ้าตอบมากที่สุดให้ 4 คะแนน ตอบไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงบวก ตอบมากที่สุดให้ 1 คะแนน และตอบไม่มีเลยให้ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 20 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำมาก 21-39 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ 40-59 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก และ 60-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ประยุกต์มาจากการศึกษาของ Aday and Anderson[25] มีประเด็นคำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ด้านกระบวนการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยี่ยมก่อนผ่าตัด และด้านคุณภาพการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ การให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[26] ดังนี้คือ ความพึงพอใจน้อย หมายถึง คะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 14-41 คะแนน พึงพอใจปานกลาง หมายถึง คะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 42-55 คะแนน และพึงพอใจมาก หมายถึง คะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 56-70 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัว แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานนานกว่า 10 ปี 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบวัดความวิตกกังวลได้เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจได้ 0.97 ส่วนโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้ในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 5 ราย มีการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีกับการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลพึงพอใจในการปฏิบัติและพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้วไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 ชุด และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) พบว่าแบบสอบถามความวิตกกังวลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามความพึงพอใจได้เท่ากับ 0.91 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ เพื่อลดข้อจำกัดทางเทคนิคการสื่อสารและด้านบุคลิกภาพ

ของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงดำเนินโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องโดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพียงคนเดียว

ขั้นเตรียมการ

คัดเลือกและลงทะเบียนกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

กลุ่มควบคุม: ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติ เป็นการเยี่ยมตามแบบฟอร์ม check list เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดในกลุ่มควบคุมครบตามจำนวนทั้งผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มละ 31 คน

กลุ่มทดลอง: ได้รับการเยี่ยมตามโปรแกรการเยี่ยมก่อนผ่าตัด โดยดำเนินการหลังจากหลังเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด วิธีดำเนินโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดมีดังนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วยและเตียงผู้ป่วยที่มีแผนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง Elective Case จากตารางการผ่าตัด

2. ติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมดังต่อไปนี้

2.1 พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการทักทายแนะนำตนเอง อธิบายจุดประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว สอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หลังจากนั้นจึงอธิบายขั้นตอนการเยี่ยมก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจก่อนจะปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ

2.2 ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง สอบถามประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มาผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา

2.3 ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

2.4 ประเมินสภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม และความวิตกกังวล โดยให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

2.5 ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยประเมินศีรษะจรดปลายเท้า และศึกษาการวินิจฉัยโรคที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด

2.6 ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยอธิบายเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และกระบวนการรักษาโรค

2.7 สำหรับขั้นตอนของการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง ใช้สื่อแผ่นภาพพลิกในการอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องพบ/สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การต่างกายในห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ สภาพภายในห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ บริเวณที่ญาติรอและติดต่อกับห้องผ่าตัด สิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลขณะรอหน้าห้องผ่าตัด (การซักประวัติซ้ำและอำนวยความสะดวกต่างๆเมื่อผู้ป่วยต้องการ) อธิบายให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวในระยะผ่าตัดเมื่อนอนอยู่ที่บนเตียงผ่าตัด เช่น การผูกรัดแขนขาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การวางสื่อไฟฟ้า และบอกสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด (แผลผ่าตัด ท่อระบายและอุปกรณ์ต่างๆที่ติดมากับผู้ป่วย) และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

3. ตรวจสอบการลงลายมือชื่อยินยอมรับการผ่าตัดโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งมีพยานลงชื่อกำกับ

4. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

5. ประเมินความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวหลังให้โปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

6. กล่าวลาผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

หลังดำเนินตามกระบวนการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 14 มีนาคม 2568 โดยเก็บข้อมูลแบบวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเก็บข้อมูลหลังดำเนินโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) จึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการเยี่ยมก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติอนุมาน Independent t-test 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่ม ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองโครงการเลขที่ SKN REC 2025-007 ลงวันที่ 14 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.3 อายุเฉลี่ย 52.0 ปี (S.D.=12.7 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.8 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.4 รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 80.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.5 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.8 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 22.6 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.4 อายุเฉลี่ย 54.8 ปี (S.D.=19.3 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.5 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 51.6 รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 93.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.8 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 42.0

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

ก่อนการทดลองผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในระดับมากร้อยละ 96.8 และมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 หลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.5 และมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 6.5 ส่วนด้านผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่าก่อนการทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.7 และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.3 หลังได้รับการเยี่ยมตามโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากลดลงเหลือร้อยละ 35.5 และมีความวิตกกังวลในระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=5.984, p<0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในภายกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=5.724, p<0.001)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้อง

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมตามปกติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางร้อยละ 93.5 และพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 6.5 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 87.1 และพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 12.9

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t- test ทดสอบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-16.658, p<0.001)

ด้านครอบครัวของผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.9 ปี (S.D.=11.9 ปี) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือคู่สมรส ร้อยละ 64.5 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 90.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.1 ส่วนข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 35.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.2 ปี (S.D.=12.9 ปี) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือคู่สมรส ร้อยละ 54.8 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 71.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 96.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100.0

2. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

ก่อนการทดลองพบว่าสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในระดับมากร้อยละ 83.9 และมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ร้อยละ 16.1 หลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.7 และมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 19.3 ส่วนด้านครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีความวิตกกังวลระดับมาก ร้อยละ 74.2 และมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 25.8 หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดพบว่ามีความวิตกกังวลในระดับมากลดลงเหลือร้อยละ 29.0 และมีความวิตกกังวลในระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=4.773, p<0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในภายกลุ่มของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=5.347, p<0.001)

3. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้อง

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 87.1 และระดับมาก ร้อยละ 12.9 ส่วนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.1 และพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t- test ทดสอบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-9.263, p<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยๆในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่จำเป็นที่จะต้องหาทางแก้ไขและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนที่จะทำการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย และครอบครัวของผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการผ่าตัดของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้อง เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมตามโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองหลังดำเนินการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องที่ปรับปรุงจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดแบบเดิม (ซึ่งเป็นการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามแบบฟอร์ม check list เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด) โดยเพิ่มเติมเนื้อหาและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดและสร้างสื่อการสอนแบบภาพพลิก เพื่อใช้ประกอบการให้ข้อมูลในเยี่ยมก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นภาพบรรยากาศของห้องผ่าตัดจริง ลดจินตนาการในเชิงลบจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับมาจากคำบอกเล่าหรือการคาดเดาสถานการณ์การผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น ประกอบกับการให้ข้อมูลที่ละเอียดเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

ยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับตามแผนการรักษา บุคลากรที่ผู้ป่วยจะพบในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเพื่อความปลอดภัยขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และเทคนิคการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามปกติ (การเยี่ยมก่อนผ่าตัดแบบเดิม) สอดคล้องกับการศึกษาของลุนนี จิ่มอาษาและวัลภา ช่างเจรจา[27] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศิวพร ถือชาติและคณะ[28] ที่พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของนงนิตย์ ทองพันธ์[29] ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนครอบครัวมาใช้ในการศึกษา โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวคลายความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ อีกทั้งยังได้เรียนรู้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากในระยะแรกๆหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลหลักของผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ดังนั้นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จึงเป็นการลดความวิตกกังวลของครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพงานการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัด[21] ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในกระบวนการศึกษาครั้งนี้

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติจัดบริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยและต้องได้รับการผ่าตัด จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลในครอบครัวด้วย การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนและให้บริการ

ทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือข้อคับข้องใจของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งให้ช่องทางการติดต่อให้คำปรึกษาหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมช่วยลดความกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

การศึกษาต่อไปควรเพิ่มเติมการศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด อาทิเช่น การติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การฟื้นฟูสภาพของผู้ปวยหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาทางตรงและทางอ้อม จะทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จีรนุช สมโชค ไวท์, ศรัญญา จุฬารี และ จันทร์ทิรา เจียรณัย. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2563,26(1),231-250.
2. Huang C, Shen JC, Zhang J, Jiang T, Wu WD, Cao J, et al. Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in radical operation for rectal cancer: a retrospective case-control study. World Journal of Gastroenterology 2015,21(48),13532-13541.
3. ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ และ อุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ. การผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปาง เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง. ลำปางเวชสาร 2560,38(1),10-18.
4. Carr E, Brockbank k, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in woman undergoing gynaecological surgery. J Clin Nurs 2006,15(3),341-352.
5. นงเยาว์ สมพิทยานุรักษณ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2553.
6. เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560,23(3),269-283.
7. Aust H, Eberthart L, Sturm T, Schuster M, Nestoriuc Y, Brehm F, et al. A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. Journal of Psychosomatic Research 2018,111,133-139.
8. Corman HH, Hornick EJ, Kritchman M, Terestman N. Emotional reactions of surgical patients to hospitalization, anesthesia and surgery. American Journal of Surgery 1958,96(5),646-653.
9. Johnston M. Anxiety in surgical patients. Psychological Medicine 1980,10(1),145-152.
10. Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. British Journal of Anaesthesia 1967,39(6),503-509.
11. Wallace G, Mindlin LJ. A controlled double-blind comparison of intramuscular lorazepam and hydroxyzine as surgical premedicants. Asnesthesia and Analgesia 1984,63(6),571-576.
12. สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, และขวัญดาว ดวงแก้ว. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่ 2566,31(2),104-117.
13. Spielberger DC. State-Trait Anxiety inventory for adults: Instrument and Scoring key. Mind Garden, Inc;1968.
14. Ossai N, Nwosu G, Onwuasoigwe O, Ubboe K, Ameh J, Alu L. Prevalence and predictors of anxiety among surgical patients in the preoperative holding area of National Orthopaedic Hospital, Enugu, Nigeria: A cross-sectional study. Journal of West African College of Surgeons 2023, 13(2),105-112.
15. Sayin Y, & Aksoy G. The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turgey: a descriptive study. Assoc Perioper Regist Nurses J 2012,95,772-787.

16. Bruggink L. Improving preoperative education in breast cancer patients: the influence of monitoring and blunting coping styles. Unpublished Master's Thesis, Department of Communication Studies, University of Twente; 2010.
17. Stucky C, & Vortman R. Nurse-led strategies to decrease preoperative patient anxiety[internet]. 2022[Retrieved August 30, 2024]. Available from https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=6522709&Journal_ID=54016&Issue_ID=6522695
18. รัตนา เพิ่มเพ็ชร์และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2559,22(1),9-20.
19. Ercl B, Sezgin S, Kacmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. Aust J Adv Nurs 2008,26,59-66.
20. สราวุฒิ สีสถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ 2560,20(4),101-113.
21. เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุลและ พวงเพ็ญ ชุณหปราณ. บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว: แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2546,9(3),210-218.
22. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. Res Nurs Health 1999,22(6),435-448.
23. Lin LY, & Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. Journal of advanced nursing 2005,51(3),252-260.
24. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาคุรุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย;2534.
25. Aday L & Anderson R. Development of indices of access to medical care: Health administration. Michigan;1975.
26. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
27. ลุนนี จิ่มอาษาและวัลภา ช่างเจรจา. ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563,4(7),75-87.
28. ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอัฐพร ตระกาลสง่า. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2562,37(2),78-91.
29. นงนิตย์ ทองพันธ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ[อินเตอร์เน็ต]. 25 เมษายน 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2567]. แหล่งข้อมูล https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/files/post-doc/index.php?fn=detail&sid=308

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of a Diabetes Self-Management Program on Glycemic Control Behaviors and Hemoglobin A1c of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients, San Kamphaeng Hospital, Chiang Mai Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ดวงเดือน สิทธิพานิช[1]
Duangduan Sitthipanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันกำแพง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 รายกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pair T- Test and independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองมีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05)

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research, with two-groups pre-posttest design, were to study The Effects of a Diabetes Self-Management Program on Glycemic Control Behaviors and Hemoglobin A1c of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients, San Kamphaeng Hospital, Chiang Mai Province. The sample group consisted of 60 patients with type 2 diabetes, with an average blood sugar level of more than 7 percent, at an outpatient department clinic. They were randomly assigned into a control (n=30) and experimental group (n=30). The control group received routine nursing care while the experimental group received a Diabetes Self-Management Program for 12 weeks. The research instrument included a Diabetes Self-Management Program, Glycemic controlled behaviors and HbA1c assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, and paired and unpaired t test.

The results showed that at posttest, the mean scores of glycemic control behaviors of the experimental group were significantly higher than those of the control group (p-value<.05). The mean of HbA1c of the experimental group was significantly lower than those in the control group (p-value<.05).

Keywords: DIABETES SELF-MANAGEMENT PROGRAM, GLYCEMIC CONTROL BEHAVIORS

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง Email : dkbduan.2018@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับภูมิภาคอื่นของโลกโดยเป็นสาเหตุ 10 อันดับแรกของการตาย การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost) และภาวะโรคหรือปีของสุขภาวะที่สูญเสียไปเพราะการเจ็บป่วย (Disability-adjusted Life Years) ในเพศชายและหญิง ดังนั้นสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1 ใน 5 โรคที่ต้องมีการเฝ้าระวัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง)[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน4,000,000 ต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ1 คน สำหรับผู้เป็นเบาหวาน พบมากกว่า300,000,000 คน และพบว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10-20 ปี โดยพบมากขึ้น ในวัยทำงาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความซับซ้อนที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง[2]

สำหรับประเทศไทยจากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 8 และเพศหญิงอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 8.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาท/ราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี และหากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 3 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 47,596 ล้านบาทต่อปี (Department of Disease Control, 2024) จากสถิติผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 387 ล้านคนในปี 2567 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคนในอีก 20 ปี นอกจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแล้ว ยังพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 219.6 เป็น 13,126 รายต่อประชากรแสนคน[3]

โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก (Non-Communicable Disease: NCD) ของโรงพยาบาลดังนี้ พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 3,175 ราย พ.ศ. 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 3,329 ราย และพ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 3,643 ราย พบผู้ป่วยเบาหวานที่มี FBS มากกว่า 200 mg/dl จำนวน 2,348 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.45,ค่า HbA1c มากกว่า 7% จำนวน 1,408 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.65, นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ใน พ.ศ. 2565 ถึง 2567 จำนวน 65 และ 49 ราย ตามลำดับ และ พ.ศ. 2567 พบจำนวน 19 ราย ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เช่นในปี พ.ศ. 2565 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด 37,664,864 บาทถ้วน ในปี พ.ศ. 2566 เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด 42,380,386 บาทถ้วนและในปี พ.ศ.2567 เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด 29,981,178 บาทถ้วน[2] นอกจากนี้ยังมีรายงาน พบว่า โอกาสการติดเชื้อมากขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลมากขึ้นและเมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักช่วยเหลือ

ตนเองได้น้อยลงหรือมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น[4] ซึ่งเมื่อสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลสันกำแพง เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตคิดเป็นร้อยละ 21.30 ภาวะแทรกซ้อนทางตาคิดเป็นร้อยละ 19.80 ภาวะแทรกซ้อนของเลือดขนาดเล็ก คิดเป็นร้อยละ 10.80 และปลายประสาทตาเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10.10 ตามลำดับ (San Kamphaeng Hospital, 2024) จึงเห็นได้ว่าผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันกำแพง พบว่า มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงที่สุด รองลงมาคือภาวะแทรกซ้อนทางตา และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละปี และผู้เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทั้งนี้เนื่องจากประชากรของประเทศมีอายุยืน และอาจมีโอกาสเสียชีวิตจากเบาหวานได้โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Wirot Chiamcharoensangsi[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer[6] และ Creer[7] เป็นแนวคิดของการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการการเจ็บป่วย การจัดการตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยการควบคุมพฤติกรรมในด้านต่างๆ คือ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา และต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งหากควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีจะเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (Diabetes Association of Thailand, 2017) โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ[8] ได้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองตามแนวคิดของ Kanfer[6] และ Creer[7] ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาโดย มีการตั้งเป้าหมายที่ระบุขั้นตอนชัดเจน ประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยเลือกสิ่งที่ตัวเองสนใจ มีการตั้งเป้าหมายระยะสั้น ตั้งเป้าหมายระยะยาว สามารถเตรียมการกับสิ่งที่ท้าทาย มีการสร้างแรงจูงใจและให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์สุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและการรับประทานยาระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฯ

3.เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 7% จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ที่มาคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันกำแพง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2567 การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัย

สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management)[6,7]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสันกำแพง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสันกำแพง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป GG*Power version 3.1.9.7 ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับความเชื่อมั่น 95 ความคลาดเคลื่อน 0.05 ขนาดอิทธิพลประชากร (Effect size) 0.50 และค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อป้องกันการศูนย์หายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 30 คน โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1.ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7 และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว

2.มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสันกำแพง

3.ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ

4.สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

5.สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

6.ไม่ได้อยู่ระหว่างการได้รับโปรแกรมอื่นๆ ในขณะเข้าร่วมการศึกษา ประสิทธิผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

7.สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่มีภาวะพึ่งพา

8.ไม่มีความพิการทางสายตา การได้ยิน ทางกาย

9.ยินยอมที่จะเข้าการศึกษาวิจัยและสามารถเข้ากิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1.มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน

2.มีภาวะตั้งครรภ์ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและเริ่มต้นการรักษาด้วยฉีดยาอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3.ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน

4. ผู้ป่วยย้ายไปจาก อำเภอสันกำแพง

5.ผู้ป่วยเปลี่ยนใจหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสันกำแพง

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความเชื่อมั่นตามเนื้อหาและความเที่ยงตรงดังนี้ การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ค่าความตรงของผู้ทรงคุณวุฒิและดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.97 และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลอง (Tryout) จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha-Coeffcient) พบว่า แบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมโดยมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอน และเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล (การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย)

2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย และข้อความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงร่วมกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form)

5. ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (12 สัปดาห์)

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

7. หลังจากการวิจัยสิ้นสุดกลุ่มควบคุมจะได้รับทุกอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (การพิทักษ์สิทธิ)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่าการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC No. 008/2567

ผลการศึกษา

การวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้ สามารถนำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ56.70) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 59.70 ปี มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.33 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ60.00) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60.57 ปี มีอายุระหว่าง45-60ปี ร้อยละ 53.33 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.68 และ 83.33 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอ โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.33ปี และ 5.63 ปี ตามลำดับ ทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมกับโรคเบาหวาน และได้รับยาทุกคน ส่วนใหญ่มีประวัติไม่เคยดื่มสุราและไม่เคยสูบบุหรี่

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากข้อมูล พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าของตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 46.55 94.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 กลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มี

คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เท่ากับ 45.68 46.09จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดด้านการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดด้านการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การรับประทานอาหาร	ก่อน Mean (S.D)	หลัง Mean (SD)	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	46.55 (2.36)	94.00 (9.72)	21.78	0.000
กลุ่มควบคุม (n=30)	45.68 (3.79)	46.09 (0.29)	0.51	0.617
t	0.92	22.96		
p-value	0.369	0.000		

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานยา ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากข้อมูล พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าของตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 20.40 40.26 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เท่ากับ 19.83 33.93 จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดด้านการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดด้านการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานยา ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การรับประทานยา	ก่อน Mean (S.D)	หลัง Mean (SD)	t	p-value
ทดลอง	20.40 (6.09)	40.26 (2.33)	15.75	0.000
ควบคุม	19.83 (6.16)	33.93 (4.68)	14.64	0.000
t	0.36	5.64		
p-value	0.721	0.000		

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จากข้อมูล พบว่า แสดงผลการวิเคราะห์ค่าของตัวแปร ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 9.33 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 7.86 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 9.60 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 9.63

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันแต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของการประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c)	ก่อน Mean (S.D)	หลัง Mean (SD)	t	p-value
ทดลอง	9.33 (1.81)	7.86 (1.70)	4.78	0.000
ควบคุม	9.60 (2.68)	9.63 (2.57)	0.15	0.878
t	0.44	3.13		
p-value	0.658	0.003		

จากข้อมูล พบว่า ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกตามระดับการควบคุมค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดี(Good Control) ควบคุมได้พอใช้ (Fair Control) และควบคุมได้ไม่ดี(Poor Control) คิดเป็นร้อยละ 0, 40 และ 60 ตามลำดับ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในระดับดีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 33.33, ระดับพอใช้ร้อยละ 36.66 และควบคุมได้ไม่ดีลดลงเหลือเพียงร้อยละ 30 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกตามระดับการควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	ระดับ		
	Good Control HbA1c น้อยกว่า 7%	Fair Control HbA1c อยู่ระหว่าง 7-8%	Poor Control HbA1c มากกว่า 8%
ก่อน	0	40	60
หลัง	33.33	36.66	30

สรุปและอภิปรายผลผล

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสำนวน 60 ราย พบว่าลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญอย่างสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การ

จัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในระดับดีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 33.33, ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.66 และควบคุมได้ไม่ดีลดลงเหลือเพียงร้อยละ 30 ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) [6,7]

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. (2024). **Bureau of Noncommunicable Diseases: World Diabetes Day campaign issues**. Retrieved July 20, 2024, from http://www.thaincd.com/2024/news/announcement_detail.php?id=13256&gid=16
2. San Kamphaeng Hospital. (2024). **San Kamphaeng Hospital information**. Retrieved from https://sankamphaenghospital.com/skph/index.php
3. Diabetes Association of Thailand. (2017). **Statistics of the population not knowing that they have diabetes**. Retrieved July 20, 2017, from https://www.dmthai.org/new/
4. Hathaikan Nimitphong. (2022). **Promoting health behavior in patients with chronic diseases**. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
5. Wirot Chiamcharoensangsi. (2023). **Type 2 diabetes situation worldwide**. Retrieved November 11, 2023, fromhttps://www.google.com/search?q
6. Creer, L. T. (2000). **Self-management of chronic illness**. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 234-253). California: Academic Press.
7. Kanfer, F. H. (1991). **Self-management methods**. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (8th ed., pp. 198-203). New York: Pergamon Press.
8. Nannapat Phiraphruttiphong. (2022). **The effect of self-care management program on knowledge, self-care activities, and hemoglobin values with sugar in patients with type 2 diabetes**. *Journal of the Nursing Association, Northeastern Branch, 30*(2), 115-127.

ผลการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

Clinical Supervision Results on Knowledge and Skills of Registered Nurses in the Care of Patients with Sepsis in the Blood Stream (Sepsis) Kabin Buri Hospital, Prachinburi Province.

(Received: March 15,2025 ; Revised: March 21,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ภัทรวดี สุวรรณรัตน์[1] สิริพร นาโถ[1] เรณู อินทร์ตา[1]
Phattarawadee[1] Suwannarat Siriporn[1] Nato Renu Inta[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 64 คน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการนิเทศทางคลินิก 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด 3) แบบประเมินทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนิเทศทางคลินิก 5) แบบรวบรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก 1) คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 3) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกในระดับมาก เฉลี่ย 4.29 คะแนน (SD 0.60) 4) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign : EWS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 83.33 ผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock ลดลงจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 6.67 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 13.33 เหลือร้อยละ 6.67

คำสำคัญ: นิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of the use of clinical supervision guidelines on the knowledge and skills of registered nurses in the care of patients with sepsis. The research method is a semi-experimental research. Quasi-experimental research in the form of One Group Pretest-Posttest Design, in which the sample was 64 registered nurses working in the accident and emergency department. Male Internal Medicine Ward, Female Internal Medicine Ward, Third Internal Medicine Ward, and Surgical Ward. It takes 8 weeks. The tools used in the research include 1) clinical supervision guidelines, 2) knowledge measurement forms about severe infectious diseases in the bloodstream, and 3) Assessment of Nursing Skills in Caring for Patients with Sepsis 4) Clinical Supervision Satisfaction Questionnaire 5) Collection of Results of Care for Patients with Sepsis in the Blood Stream Data were analyzed using descriptive statistics by frequency distribution. amount Paired-Samples t-test.

The results showed that after the use of the clinical supervision approach, the number of patients who had been infected with the disease was 100 percent. 1) The knowledge score of registered nurses on the care of patients with severe infectious diseases in the bloodstream was higher than before the use of the clinical supervision guidelines. There are statistically significant differences. ($p<.001$) 2) The nursing skills of patients with hemosepsis of

[1] โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

registered nurses were higher than before the use of clinical supervision guidelines. There are statistically significant differences. (p<.001) 3) Satisfaction score of registered nurses after the use of the clinical supervision approach was very high, with an average of 4.29 points (SD 0.60) 4) Patient outcomes after the use of the clinical supervision approach showed that patients were intercepted and reported to the doctor when there was an Early Warning Sign: EWS increased from 60% to 83.33%, patients with septic shock decreased from 10% to 6.67%, and patients with septic shock decreased from 13.33% to 6.67%.

Keywords: Clinical Supervision Registered Nurse Sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปฏิกิริยาของร่างกายต่อพิษของเชื้อโรคชนิดใดชนิดหนึ่ง ส่งผลให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกายจนทำให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลวเกิดขึ้น นับเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน หากได้รับการประเมินดูแลรักษาไม่เหมาะสม ส่งผลให้อาการทรุดลงและเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (World health organization [WHO]) พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านราย[1] ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอันดับ 2 ของการเสียชีวิตในประชากรทุกกลุ่มวัย โดย ในปี 2564-2566 พบร้อยละ 34.09 35.35 และ 30.12 ตามลำดับ[2] ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเกิดภาวะติดเชื้อจนส่งผลให้อาการทรุดลง ได้แก่ อาการทางคลินิกเริ่มต้นที่รุนแรง การวินิจฉัยผิดพลาดส่งผลให้การรักษาล่าช้า รวมถึงระบบการจัดการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น เวลาการให้ยาต้านจุลชีพ การให้สารน้ำในปริมาณที่เพียงพอเหมาะสม การให้ยากระตุ้นหลอดเลือดในระยะเริ่มต้น และการให้ออกซิเจน[3] สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา กำหนดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Surviving Sepsis Campaign : SSC) ด้วยกลยุทธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งกำหนดให้มีตามแนวปฏิบัติครบถ้วนทันเวลา เน้นการดูแลเพื่อให้ระบบไหลเวียนกลับมาเป็นปกติโดยเร็วภายใน 6 ชั่วโมง (Early Goals-Directed Therapy: EGDT) กระบวนการดังกล่าวทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง [4]

โรงพยาบาลกบินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (M1) ขนาด 256 เตียง มีเตียงผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 120 เตียง เตียงผู้ป่วยวิกฤตที่รับผู้ป่วยทุกสาขาจำนวน 12 เตียง จากสถิติปี 2564-2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 493, 425 และ 468 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แต่พบภาวะ septic shock มีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับร้อยละ 5.8, 9.4 และ 10.39 ตามลำดับ (เกณฑ์ < 5) มีผู้ป่วยเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 15, 20 และ 19.4 ตามลำดับ (เกณฑ์ < 24) [5] พบสาเหตุจากขาดการประเมิน (Assessment) และการประเมินซ้ำ (Re-assessment) ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การประเมิน SOS score ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้มีการสอบถามรายบุคคล พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานบางคนไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิต ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลมีหน้าที่กำกับ ติดตามและควบคุมคุณภาพบริการพยาบาล จึงเห็นความจำเป็นของการนิเทศทางคลินิกพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพทุกรายที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5 หน่วยงานในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ได้แก่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 จำนวน 64 คน

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลกบินทร์บุรีโดยสุ่มเลือกเวชระเบียน ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power เวอร์ชั่น 3.1.9.4 เลือก statistical เป็น difference between two dependent mean (match pairs) กำหนดทิศทางการทดลองแบบ one tail กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.01 และค่า Power เท่ากับ 0.80 กำหนดค่า effect size ตามเกณฑ์ของ Cohen ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.5 [7] ได้จำนวนตัวอย่าง 27 คน เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแนวทางการนิเทศทางคลินิกเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ผู้วิจัยปรับมาจากการศึกษาของรัชนีวรรณ คูตระกูลและคณะ [8] ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดของกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร[9] จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 5 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0 – 9 (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ คะแนน 10 -12 (ร้อยละ 60-79) หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 13 -16 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึงมีความรู้ในระดับดี

2.3 แบบประเมินทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร[9] จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

(early detection) จำนวน 3 ข้อ 2) การให้สารน้ำดูแลสมดุลของสารน้ำ จำนวน 3 ข้อ 3) การให้ Antibiotic จำนวน 6 ข้อ 4) การให้ยา vasopressor จำนวน 6 ข้อ 5) การเจาะ hemoculture จำนวน 8 ข้อ 6) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน (monitor specific clinical risk) จำนวน 3 ข้อ 7) การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการและการรายงานค่าวิกฤต จำนวน 5 ข้อ 8) การวางแผนจำหน่าย จำนวน 2 ข้อ และ 9) การให้ข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ถ้าปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-39 การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนทักษะการพยาบาลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0–23 (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึงมีทักษะการพยาบาลในระดับต่ำ คะแนน 24-31 (ร้อยละ 60-79) หมายถึงมีทักษะการพยาบาลในระดับปานกลาง และคะแนน 32–39 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึงมีทักษะการพยาบาลในระดับดี

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร (2563) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) เนื้อหาเหมาะสม ทันสมัย 2) ผู้นิเทศมีความรู้ในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี 3) ผู้นิเทศมีความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำและรับฟังความคิดเห็น 4) มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นให้มีส่วนร่วม 5) มีการส่งเสริมให้ความรู้และทักษะในการนำไปปฏิบัติได้จริง 6) มีการเฉลยคะแนนและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเอง 7) ความพึงพอใจในภาพรวม มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ พึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน พึงพอใจมากให้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลางให้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยให้ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจมาก 2.50-3.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2.5 แบบรวบรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยแรกรับ ผู้ป่วยได้รับการดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign: EWS อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตที่มีค่า MAP > 65 mmHg ในวันจำหน่าย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตรวมไม่สมัครใจรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แนวทางการนิเทศทางคลินิกได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางการพยาบาล) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 30 ราย พบว่ามีความเข้าใจตรงกันและสามารถปฏิบัติตามได้ ส่วนเครื่องมืออื่นๆ ของกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร (2563) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว โดยแบบวัดความรู้มีค่า IOC เท่ากับ 0.81 แบบประเมินทักษะการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่า IOC เท่ากับ 0.88

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.76 และเมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้ 0.75 แบบประเมินทักษะการพยาบาลมีค่าเดิม 0.86 และทดสอบครั้งนี้ได้ 0.80 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าเดิมและค่าทดสอบครั้งนี้เท่ากันที่ 0.80

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนทดลอง (16 ตุลาคม - 5 พฤศจิกายน 2567)

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบินทร์บุรีเพื่อสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย septicemia/sepsis/severe sepsis/septic shock

2. สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วย 30 รายจากเดือนสิงหาคม-กันยายน 2567 เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบรวบรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ทบทวนและวิเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของอายุรแพทย์ เพื่อออกแบบแนวทางการนิเทศทางคลินิกโดยใช้ข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

4. ประชุมกลุ่มสนทนากับหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 แผนก (อุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมสาม และศัลยกรรม) เพื่อรวบรวมข้อมูลรูปแบบการนิเทศที่ใช้อยู่

5. ออกแบบแนวทางการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (6 พฤศจิกายน 2567 - 1 มกราคม 2568)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยประชุมกับหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง (45-60 นาที) เพื่อชี้แจงการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก เสริมความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศและมอบแนวทางการนิเทศและแนวปฏิบัติทางคลินิก (CNPG) พร้อมอธิบายและทวนสอบความเข้าใจจนเกิดความถูกต้องตรงกัน

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแยกตามหน่วยงาน (45-60 นาที/หน่วยงาน) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้และทักษะก่อนการทดลอง ชี้แจงประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดตามการนิเทศกับหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง รับฟังปัญหาอุปสรรค ให้คำปรึกษาและสอนแนะการใช้แนวทางการนิเทศร่วมกับ CNPG ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หลังจากนั้นหัวหน้าหน่วยงานนำแนวทางไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบหัวหน้าหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนประเด็นปัญหาจากการนิเทศ ชี้แนะหลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเสริมพลังอำนาจให้ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยลงเยี่ยมหน้างาน รับฟังและร่วมแก้ไขปัญหากับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมนำประเด็นปัญหามาวิเคราะห์

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและหัวหน้าหน่วยงานร่วมวิเคราะห์ปัญหาการใช้แนวทางการนิเทศ พร้อมแนะนำแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานนำไปปฏิบัติและกำกับติดตามกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้อภิปรายแสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็นการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเยี่ยมหน่วยงาน เสริมพลังอำนาจและชื่นชมการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พร้อมสร้างขวัญกำลังใจให้กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์หลังทดลอง (8 มค.68)

1. หลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินผลความรู้ และทักษะกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และความพึงพอใจหลังการนำแนวทางการนิเทศทางคลินิกไปใช้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด แบบสอบถามความพึงพอใจ และหัวหน้าหน่วยงานประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 30 รายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่แพทย์วินิจฉัย septicemia / sepsis/ severe sepsis/ septic shock เก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามแบบรวบรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการนิเทศด้วยจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การทดสอบค่าที (Paired sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก โดยใช้การทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยการศึกษาในมนุษย์โรงพยาบาลกบินทร์บุรีและปฏิบัติตามขั้นตอนทุกประการ ได้รับการรับรอง เลขที่ EC COA.KBH 2024/011.1610 วันที่ 16 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.18) มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 76.56) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 28.04 ปี (SD = 5.14) ทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 100) มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมากที่สุด (ร้อยละ 57.81) รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 31.25) และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 10.94) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระหว่าง 1–20 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลา 5.43 ปี (SD = 4.15) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ระหว่าง 1–20 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลา 4.79 ปี (SD = 3.90)

2. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดก่อนใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.12 คะแนน (SD 1.03) และหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 7.03 คะแนน (SD 1.02) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกโดยใช้สถิติ Paired sample t-test พบว่าความรู้หลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางนิเทศทางคลินิก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติ Paired sample t-test (n=64)

ระดับความรู้	Mean	SD	Std. Error Mean	Std. Deviation	t	p-value (one tail)
ก่อนการนิเทศ	5.12	1.03	1.90	1.12	12.39	<.001
หลังการนิเทศ	7.03	1.02				

3. ผลการประเมินทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนได้รับการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.78 คะแนน (SD .983) และหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 6.76 คะแนน (SD .921) และเมื่อเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกโดยใช้สถิติ Paired sample t-test พบว่าทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก ด้วยสถิติ Paired sample t-test (n=64)

ทักษะการพยาบาล	Mean	SD	Std. Error Mean	Std. Deviation	t	p-value (one tail)
ก่อนการนิเทศ	4.78	.983	1.98	1.44	11.01	<.001
หลังการนิเทศ	6.76	.921				

4. คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในภาพรวมในระดับมาก เฉลี่ย 4.29 คะแนน (SD 0.60) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแต่ละด้านอยู่ระดับมาก ซึ่งมีความพึงพอใจต่อประเด็นด้านผู้นิเทศมีความรู้ในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดีสูงสุด เฉลี่ย 4.39 คะแนน (SD 0.55) รองลงมาคือประเด็นด้านผู้นิเทศมีความเป็นกันเองให้คำแนะนำและรับฟังความคิดเห็น เฉลี่ย 4.35 คะแนน (SD 0.69)

5. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign : EWS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 83.33 ผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock หลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกลดลงจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 6.67 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 13.33 เหลือร้อยละ 6.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย		กลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก (n_1 = 30)		กลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign : EWS	ปฏิบัติ	18	60	25	83.33
	ไม่ปฏิบัติ	12	40	5	16.67
ผู้ป่วยมีภาวะ septic shock	มี	3	10	2	6.67
	ไม่มี	27	90	28	93.33
เสียชีวิต	เสียชีวิต	4	13.33	2	6.67
	ไม่เสียชีวิต	26	86.67	28	93.33

สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าภายหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) แสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำองค์กรพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและนำองค์กรในการพัฒนางาน พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งการนิเทศทางคลินิกเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกิดจากการสังเคราะห์ความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญของผู้นิเทศในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน แนวทางการนิเทศทางคลินิกที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในครั้งนี้ เป็นแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) โดยผู้นิเทศคือหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในหอ

ผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือ ส่งเสริม แนะนำ ให้คำปรึกษา โดยการสุ่มตรวจกิจกรรมการพยาบาลและสะท้อนข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ ความเข้าใจถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิธร บำเพ็ญผล[10] ที่ศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการนำแนวคิดรูปแบบของ Proctor ใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ การศึกษาพบว่าหลังจากนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกมาใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้น

2. ผลการประเมินทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก พบว่าทักษะหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) อธิบายได้ว่าการนิเทศทางคลินิกของผู้นำองค์กรที่มีการถ่ายทอดความรู้ มีความยืดหยุ่น สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้คำชี้แนะและตรวจสอบตามแนวคิดของพรอคเตอร์ที่ว่าการนิเทศต้องมีการนิเทศตามมาตรฐานตามหลักสัมพันธภาพและการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถซึ่งการพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน ค้นหาปัญหาหรือความเสี่ยงและให้การดูแลตามแนวทางที่วางไว้ โดยผู้นิเทศเป็นผู้สอนเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาในงาน เสริมพลังและให้การสนับสนุน มีผลทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมสมัย บุญส่อง และคณะ[11] ที่ศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยากลุ่มควบคุม ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานคะแนนสมรรถนะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และจากผลการศึกษาของอรณัญช์ ยศไกร และคณะ[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด พบว่าการนิเทศโดยใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ทักษะและความเชี่ยวชาญ สนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน การสร้างบรรยากาศที่ดีในการนิเทศ และมีการประเมินผลให้ข้อมูลสะท้อนกลับจะส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น

3. ด้านพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในภาพรวมในระดับมาก เฉลี่ย 4.29 คะแนน อธิบายได้ว่าการนำแนวทางการนิเทศทางคลินิกของผู้นำองค์กรพยาบาลมาใช้ในการนิเทศทางคลินิก ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น มีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการวางแผนพัฒนาความรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความรู้กับทีมพยาบาลในช่วงการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ร่วมหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีการสอนงาน (Coaching) และผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ เพื่อรับฟังปัญหาและข้อสงสัย ให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้สอบถาม ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อแนวทางการนิเทศทางคลินิกโดยพบความพึงพอใจมากในประเด็นด้านผู้นิเทศมีความรู้ในเนื้อหาที่สอนเป็น

อย่างดี และประเด็นด้านผู้นิเทศมีความเป็นกันเองให้คำแนะนำและรับฟังความคิดเห็น

4. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย หลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยได้รับการดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign : EWS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 83.33 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 6.67 ภาวะ septic shock ลดลงจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 6.67 อธิบายได้ว่าแนวทางการนิเทศทางคลินิกที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในครั้งนี้ เป็นแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ด้านการนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) เป็นการนิเทศทางคลินิกตามแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ที่พัฒนามาจากสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) โดยผู้นิเทศคือหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการสอนงาน (Coaching) พยาบาลที่ข้างเตียงและปรับแผนการพยาบาลได้ทันทีขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลส่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี ศิริรังสรรค์กุล และคณะ[13] ที่ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการศึกษาของรัชนีวรรณ คูตระกูล และคณะ[8] ที่พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้ มีอัตราการดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อัตราการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ได้สูงกว่าก่อนการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษาพบว่าแนวทางการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของพรอคเตอร์ที่ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี มีผลทำให้ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุกรรมสาม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยได้รับการดักจับและรายงานแพทย์เมื่อมี Early Warning Sign : EWS เพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนในภาพรวมและการเสียชีวิตลดลง ส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำแนวทางการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้อย่างต่อเนื่องและให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

2. ควรนำแนวทางการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ

3. สนับสนุนบุคลากรทางพยาบาลให้พัฒนาความรู้ด้านการวิจัยเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความอนุเคราะห์และด้วยการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยที่เป็นพื้นที่ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา และ ผศ.ดร. ชวนชม

พืชพันธ์ไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงและทุก ๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., Colombara, D. V., Ikuta, K. S., et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the global burden of disease study. Lancet. 2020; 395: 200-11. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. 2567. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/h dc/reports/. 2567.
3. Guarino, M., Perna, B., Cesaro, A. E., Spampinato, M. D., Contini, C., & De Giorgio, R. Update on sepsis and septic shock in adult patients: Management in the emergency department. Journal of Clinical Medicine. 2023; 12(3188): 1–23. https://doi.org/10.3390/jcm12093188
4. Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., Peterson, E., & Tomlanovich, M. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. The New England Journal of Medicine. 2001; 345(19): 1368-1377. https://doi.org/ 10.1056/NEJMoa010307
5. เวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. สถิติข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. 2567.
6. นพรัตน์ เรืองศรี และเพ็ญจันท์ ส. โมนัยพงศ์. การพัฒนาโปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน การเสริมพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนัก การแพทย์กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2560; 18(35): 95-105.
7. Cohen, J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychological Bulletin. 1992; 112(1): 155-159.
8. รัชนีวรรณ คูตระกูล, พิชญพันธุ์ จันทระ, พัชรี ยิ้มแย้ม, สุรีย์พร กุมภาคา, รัชนี นามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562; 30(2): 193-209.
9. กัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรงหรือช็อคจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต. 2563; 11(1): 19-28.
10. ศศิธร บำเพ็ญผล. ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. หัวหินเวชสาร. 2566; 3(3): 1-15.
11. สมสมัย บุญส่อง, ศนิชา ชาติมนตรี, อิสริยาภรณ์ แสงสวย, และสุเพียร โภคทิพย์. ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยากลุ่มควบคุมในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564; 5(3): 81-92.
12. อรณัญช์ ยศไกร, วรรณชนก จันทชุม. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 2024; 27(1): 56-67.
13. เพ็ญศรี ศิริรังสรรค์กุล, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และเรณุการ์ ทองคำรอด. ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 24(2): 199-208.

ผลของการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กแห่งหนึ่ง

The Effects of Competency Development for Ward Head Nurses on Leadership Competency in the Role of Ward Head Nurses in Middle General Hospitals.

(Received: March 14,2025 ; Revised: March 21,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ขนิษฐา ประดุจพรม[1] ปรารถนา วันดี[2] รำไพ หาญมนต์[2], พรพิมล อ่ำพิจิตร[2]
Khanittha Pradujprom[1], Pratthana Wandee[2], Rumpai Hanmon[2], Pornpimon Umpichit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและเปรียบเทียบสมรรถนะภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำตามแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอโวไลโอ แบส และจัง ดำเนินการในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและแบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำตามแนวคิดของเบนนิส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบWilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.697$, $p = 0.007$) โดยเฉพาะด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญา ($Z = -3.076$, $p = 0.002$) สำหรับสมรรถนะภาวะผู้นำโดยรวมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.777$, $p = 0.076$) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.939$, $p = 0.003$) ขณะที่ด้านการสร้างความไว้วางใจ/การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น ($Z = -4.336$, $p < 0.001$) และด้านความคิดรวบยอด ($Z = -2.000$, $p = 0.046$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ, หัวหน้าหอผู้ป่วย, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

Abstract

This research aimed to study the competencies of head nurses and compare leadership competencies of professional nurses before and after development intervention. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of 28 professional nurses serving as nursing department heads, head nurses, and deputy head nurses at Aranyaprathet Hospital. The experimental tool was a leadership competency development program based on the transformational leadership theory of Avolio, Bass, and Jung, conducted over 8 weeks. The program comprised knowledge enhancement activities, case study analysis, and experience sharing sessions. Data were collected using a transformational leadership knowledge assessment and a leadership competency measurement tool based on Bennis's concept. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results showed that after participating in the program, the overall transformational leadership knowledge scores increased significantly ($Z = -2.697$, $p = 0.007$), particularly in the intellectual stimulation dimension ($Z = -3.076$, $p = 0.002$). The overall leadership competency showed no significant difference ($Z = -1.777$, $p = 0.076$). However, when examining individual dimensions, the focus drive competency increased significantly ($Z = -2.939$, $p = 0.003$), while building trust/enabling others ($Z = -4.336$, $p < 0.001$) and conceptual thinking ($Z = -2.000$, $p = 0.046$) decreased significantly.

Keywords: Leadership Competency Development, Head Nurse, Transformational Leadership

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลอรัญประเทศ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอรัญประเทศ

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก เน้นการปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุข การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ[1] บุคลากรในองค์การนับเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญยิ่ง เป็นปัจจัยหนึ่งในการบริหารที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิบัติขององค์การให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อันจะนำไปสู่คุณภาพของการให้บริการ[2] ดังนั้นการบริหารทางการพยาบาล (nursing administration) เป็นสาขาวิชาหนึ่งที่ศึกษาและพยายามทำความเข้าใจอย่างมีระบบ มีแบบแผนว่า คนจะสามารถทำงานร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร[3] บุคลากร เป็นต้นทุนที่สำคัญขององค์การที่ต้องจัดสรรและเพิ่มมูลค่าอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถต่างๆ โดยเชื่อว่าสามารถพัฒนาทักษะให้เชี่ยวชาญได้ กระบวนการพัฒนา คือ การหาแนวทางหรือวิธีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อจะหล่อหลอมบุคลากรให้เติบโตไปสู่เป้าหมายตามความคาดหวังขององค์การ

ผู้บริหารพยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนมุมมองของตนเอง มีการวางแผนการนิเทศ การมอบหมายงาน รวมทั้งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานมากที่สุดตามสภาพความเป็นจริง(2) เพื่อให้บริการโดยอาศัยทักษะและความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและคุณค่าให้กับผู้รับบริการประชาชนและสังคม[4] ผู้บริหารการพยาบาล 3 ระดับ ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง (top level administrator) ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาลหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้บริหารระดับกลาง (middle level administrator) ได้แก่ ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกการพยาบาลและผู้ตรวจการพยาบาล ผู้บริหารระดับต้น (first level administrator) ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย[5] หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการกำหนดพันธกิจของหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล มีหน้าที่วางแผนงาน จัดระบบงาน บริหารอัตรากำลังและวัสดุครุภัณฑ์ เพื่อให้เหมาะสมเพียงพอกับภาระงาน นิเทศงานแก่บุคลากรในความรับผิดชอบ ติดตามประเมินผล เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการพร้อมกับปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ ๆ[6] ซึ่งจะต้องมีวิสัยทัศน์ในการสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น และอาจต้องทำเป็นแบบอย่างด้วย[7]

การศึกษาภาวะผู้นำในช่วงที่ผ่านมา มีหลายทฤษฎีซึ่งแต่ละทฤษฎีมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกัน ทำให้ผู้นำไม่สามารถใช้ภาวะผู้นำเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งได้ในทุกสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิ เหตุการณ์ในขณะนั้น วุฒิภาวะของผู้ตาม หรือแม้แต่บุคลิกภาพของตัวผู้นำเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันนี้มีความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมายและรวดเร็วทั้งในระดับบุคคล องค์กร ประเทศชาติ ทำให้ผู้นำต้องตระหนักและยอมรับ เพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ[7] การดำเนินงานให้สำเร็จได้นั้นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญหลายด้าน อีกทั้งต้องมีกระบวนการประกันคุณภาพซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคีในการปฏิบัติงาน และมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาผู้นำที่ดีเป็นพื้นฐานของการสร้างผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและองค์การ เพราะผู้นำดีจะสามารถพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้มีความรัก ความสามัคคี ร่วมมือร่วมแรง ช่วยกันสร้างผลผลิตหรือผลของการปฏิบัติงานได้ทั้งสองฝ่าย[8]

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลอรัญประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ โดยการแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ ในการพัฒนาให้เป็นผู้นำที่ดี บริหารงานได้ การเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในปัจจุบันใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ที่มีอาวุโสและมีความสามารถด้านการบริหาร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและมีประสบการณ์ในการเป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วจะ

มีการติดตามโดยการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล ในปี 2567 มีการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยตามแนวคิดของสภาการพยาบาล ผลการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 61.40 สมรรถนะที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ และจากการประเมินตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 28 คน พบว่าไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดความวิตกกังวลในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อมูลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่หรือปฏิบัติงานในบทบาทรักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อปี 2566-2567 พบว่า มีความวิตกกังวลในการเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างาน เนื่องจากไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และมีความต้องการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ด้านการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความขัดแย้ง การสื่อสารและภาวะผู้นำ จากสถานการณ์ดังกล่าว วิเคราะห์ได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เกิดจากการไม่มีการกำหนดนโยบายการเตรียม การไม่มีแผนและแนวทางการเตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำมีจำนวนมาก เช่น การศึกษาภาวะผู้นำการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 1) ความรู้ตรงประเด็นกับงานและความซับซ้อนของการรับรู้ 2) จัดการด้วยความสามารถพิเศษอย่างมีประสิทธิภาพ กระตือรือร้นและทะเยอทะยาน 3) ความสามารถด้านความยืดหยุ่นพฤติกรรม และ 4) ความซื่อสัตย์และศีลธรรมจรรยา[9] ส่วนสภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ[10] กล่าวถึงภาวะผู้นำทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้บริหารทางการพยาบาล คือ ภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2) การสร้างแรงบันดาลใจ 3) การกระตุ้นทางปัญญา และ4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bass & Avolio[11] กล่าวถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) เป็นกระบวนการที่ผู้นำสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) อิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (idealized influence) 2) การสร้างแรงบันดาลใจ (inspirational motivation) 3) การกระตุ้นทางปัญญา (intellectual stimulation) และ 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (individualized consideration)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีของ อโวไลโอ แบส และจัง[12] ประกอบด้วย คุณลักษณะการสร้างบารมี การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นเชาว์ปัญญา และการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล นำมาเป็นแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งคุณลักษณะและพฤติกรรมความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงองค์กร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จและนำพาองค์กรไปสู่สถานการณ์ใหม่ที่ดีขึ้น[13] ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยมีสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล ทั้งกระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร เพิ่มศักยภาพองค์กรพยาบาลให้เข้มแข็ง ส่งเสริมให้งานบริการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะภาวะผู้นำในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิด 1

กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาการพยาบาลศาสตร์ ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ (purposive sampling) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระยะเวลาศึกษา 8 มกราคม 2568 ถึง 5 มีนาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ อโวไลโอ แบส และจัง[12] ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน 3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการนำความรู้เรื่องภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ในการบริหารหน่วยงาน ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับตำแหน่ง โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบวัดความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสุธาสินี มีนาสิทธิโชค[13] ตามแนวคิดทฤษฎีของอโวไลโอ แบส และจัง[12] ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 40 ข้อ (ข้อคำถามเชิงบวก 35 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ) ให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างบารมี (ภาวะผู้นำและการเป็นแบบอย่างที่ดี) ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ (การสร้างแรงจูงใจและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ) ด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญา (การคิดเชิงสร้างสรรค์และการคิดแก้ปัญหา) และด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (การคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและการทำงานเป็นทีม) โดยแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ

2.3 แบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยเรวมวล นันท์ศุภวัฒน์[8] ตามแนวคิดของเบนนิส ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 45 ข้อ ที่วัดลักษณะพฤติกรรม ความคิด ความเข้าใจ และความชำนาญในสถานการณ์การทำงาน ครอบคลุมสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ แรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่น (9 ข้อ) ความฉลาดทางเชาว์อารมณ์ (8 ข้อ) การสร้างความไว้วางใจ/การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น (9 ข้อ) ความคิดรวบยอด (8 ข้อ) และการคิดอย่างเป็นระบบ (9 ข้อ) แบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 (มากที่สุด), 4 (มาก), 3 (ปานกลาง), 2 (น้อย) และ 1 (น้อยที่สุด) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตามระดับที่ผู้ตอบเลือก ส่วนข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ มีการกลับค่าคะแนน (5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5) เพื่อให้การแปลผลคะแนนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity)** การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น ในส่วนความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมิน

ความสอดคล้องตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ โดยพิจารณาเฉพาะข้อที่ได้คะแนนระดับ 3 และ 4 พบว่าแบบวัดความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีค่า CVI > 0.81 และแบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำมีค่า CVI > 0.95 ข้อที่ได้คะแนนระดับ 3 ได้รับการปรับปรุงให้สอดคล้องกับคำนิยาม

2. **การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)**

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 20 คน คือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกบินทร์บุรี ซึ่งแบบวัดความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.72 ซึ่งยอมรับได้ตามเกณฑ์ ส่วนแบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อผ่านการรับรองแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการวิจัยครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติใดๆ ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและแบบวัดสมรรถนะภาวะผู้นำ

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

2.1 บรรยายความรู้เรื่องการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามแผนการสอน เป็นเวลา 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 7 คน วิเคราะห์กรณีศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน จำนวน 4 สถานการณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้คำแนะนำและกระตุ้นกลุ่มให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2.3 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลสรุปจากการประชุมกลุ่ม โดยใช้เวลานำเสนอกลุ่มละ 30 นาที

2.4 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย สรุป ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกรณีศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน และผู้วิจัยแจ้งกำหนดการที่จะทำการนัดหมายครั้งต่อไป

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการนำความรู้เรื่องภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ในการบริหารหน่วยงาน

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้ไปใช้ ในการปฏิบัติงาน และทำแบบประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำ (post - test)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อายุการทำงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน และสมรรถนะภาวะผู้นำทั้ง 5

ด้าน ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน และสมรรถนะภาวะผู้นำทั้ง 5 ด้านก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Non parametric วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และได้รับการรับรองก่อนดำเนินการวิจัย เลขที SKPHO1/2568 วันที่รับรอง 3 มกราคม2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุมากที่สุด 41 - 50 ปี ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 21.4 และช่วงอายุน้อยที่สุด 30 - 40 ปี ร้อยละ 7.2 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 67.8 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 25.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สำเร็จการระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 82.1 ปริญญาโท ร้อยละ 17.9 อายุการทำงานมากที่สุด 21-30 ปี ร้อยละ 67.8 รองลงมาคืออายุทำงานมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 17.9 ตำแหน่งปฏิบัติงานระดับบริหารมากที่สุด ร้อยละ 53.6 และระดับปฏิบัติการรองลงมา ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมากที่สุด 1-5 ปี ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 35.7

คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 24.78 คะแนน เป็น 26.78 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้ด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญาเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคลและด้านการสร้างแรงบันดาลใจส่วนด้านการสร้างบารมีเป็นด้านเดียวที่มีคะแนนลดลง แสดงว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำหัวหน้าหอผู้ป่วยมีแนวโน้มส่งเสริมความรู้ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวม โดยอย่างยิ่งเฉพาะในด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญาและด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล

คะแนนความรู้โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.697$, $p < 0.05$) โดยมีผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น 21 คน มากกว่าผู้ที่มีคะแนนลดลง 7 คน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.076$, $p < 0.05$) โดยมีผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น 19 คน ลดลง 5 คน และเท่าเดิม 4 คน ด้านการสร้างแรงบันดาลใจไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.559$, $p = 0.576$) โดยมีผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นและลดลงจำนวนเท่ากันคือ 12 คน ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.550$, $p = 0.121$) แม้จะมีผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น 17 คน มากกว่าผู้ที่มีคะแนนลดลง 9 คน และด้านการสร้างบารมีไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.836$, $p = 0.066$) และมีแนวโน้มลดลง โดยมีผู้ที่มีคะแนนลดลง 15 คน มากกว่าผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น 6 คน สรุปได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้โดยรวม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญา

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะภาวะผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.68) โดยมีสมรรถนะในระดับมาก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างความไว้วางใจ/การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 2.94) ด้านความคิดรวบยอด (ค่าเฉลี่ย 2.93) ด้านการคิดอย่างเป็นระบบ (ค่าเฉลี่ย 2.87) และด้านความฉลาดทางเชาว์อารมณ์ (ค่าเฉลี่ย 2.80) ส่วนด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่นอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.48) หลังการทดลอง พบว่าสมรรถนะภาวะผู้นำโดยรวมยังคงอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.80) โดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่นเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก (จาก 2.48 เป็น 2.84) ด้านความฉลาดทางเชาว์อารมณ์ ลดลง

จากระดับมากเป็นระดับปานกลาง (จาก 2.80 เป็น 2.66) ด้านการสร้างความไว้วางใจ/การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น ลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง (จาก 2.94 เป็น 2.43) ด้านความคิดรวบยอด ยังคงอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยลดลง (จาก 2.93 เป็น 2.73) และด้านการคิดอย่างเป็นระบบ ยังคงอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย (จาก 2.87 เป็น 2.76) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่น ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดก่อนการทดลอง ขณะที่ด้านอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยลดลง โดยเฉพาะด้านการสร้างความไว้วางใจที่ลดลงมากที่สุด

สมรรถนะภาวะผู้นำโดยรวมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.777$, $p > 0.05$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ด้าน คือ ด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่น มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.939$, $p < 0.05$) ด้านการสร้างความไว้วางใจ/ การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น มีสมรรถนะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.336$, $p < 0.05$) และด้านความคิดรวบยอด มีสมรรถนะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.000$, $p < 0.05$) ส่วนสมรรถนะที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านความฉลาดทางเชาว์อารมณ์ ($Z = -1.373$, $p = 0.170$) และด้านการคิดอย่างเป็นระบบ ($Z = -1.039$, $p = 0.299$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ด้าน โดยมีการเพิ่มขึ้นในด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่น แต่ลดลงในด้านการสร้างความไว้วางใจและด้านความคิดรวบยอด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.697$, $p = .007$) แต่สมรรถนะภาวะผู้นำโดยรวมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.777$, $p = .076$) ความไม่สอดคล้องนี้สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (knowledge-practice gap) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุช สัทธาฉัตรมงคล และอรรถพล ธรรมไพบูลย์[6] ที่กล่าวถึงความท้าทายในการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ว่าต้องอาศัยกระบวนการที่ต่อเนื่องนอกเหนือจากการพัฒนาความรู้เพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างความรู้ด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.076$, $p = .002$) กับสมรรถนะด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($Z = -2.939$, $p = .003$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ด้านการกระตุ้นทางปัญญาอาจส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาแรงขับเคลื่อนและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ศรีบุญวงศ์ และคณะ[16] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการกระตุ้นทางปัญญากับพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการสร้างความไว้วางใจ/การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่น ($Z = -4.336$, $p < .001$) และด้านความคิดรวบยอด ($Z = -2.000$, $p = .046$) ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิด "การตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้น" (Increased Awareness) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะที่ต้องการเพิ่มขึ้น ทำให้ตระหนักถึงความซับซ้อนและประเมินตนเองอย่างเข้มงวดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิประภา วุฒิจรูญพันธ์ และคณะ[14] ที่พบว่าการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องคำนึงถึงการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพของภาวะผู้นำ การลดลงของสมรรถนะด้านการสร้างความไว้วางใจและด้านความคิดรวบยอดสะท้อนถึงขั้นตอนการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพตามแนวคิดของ Conscious Competence Model ที่บุคคลต้องผ่าน

ระยะของการรู้ตัวว่าตนไม่รู้ (conscious incompetence) ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การรู้ตัวว่าตนรู้ (conscious competence) สอดคล้องกับการศึกษาของอนันทิยา พุ่มเพ็ชร[7] ที่พบว่าการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยเวลาและความต่อเนื่องในการฝึกฝนและประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ของโปรแกรมอาจมีความเหมาะสมสำหรับการเพิ่มพูนความรู้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในด้านที่ต้องอาศัยทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการคิดขั้นสูง สอดคล้องกับสุธาสินี มีนาสิทธิโชค[13] ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถเพิ่มระดับความรู้ได้ในระยะสั้น แต่การพัฒนาสมรรถนะต้องการการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษาของศิริพร สิงหเนตร และคณะ[12] เกี่ยวกับภาวะผู้นำการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ยังสนับสนุนว่า การพัฒนาความสามารถด้านความยืดหยุ่นพฤติกรรมและการจัดการด้วยความสามารถพิเศษอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องการการฝึกฝนที่มากกว่าการได้รับความรู้ ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และสมรรถนะที่พบในการวิจัยครั้งนี้

โดยสรุป การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำสำหรับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้โดยรวม โดยเฉพาะด้านการกระตุ้นเชาว์ปัญญา และสามารถพัฒนาสมรรถนะด้านแรงขับเคลื่อนความมุ่งมั่นได้ แม้จะพบการลดลงของสมรรถนะในบางด้าน แต่การลดลงนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่มีความหมายของการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำอย่างยั่งยืนในระยะยาว ดังที่ นภาพร สายชู และคณะ[15] ได้เสนอแนะว่าการพัฒนาพฤติกรรมความเป็นผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าพยาบาลต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรขยายระยะเวลาของโปรแกรมให้มากกว่า 8 สัปดาห์ โดยเฉพาะในด้านการสร้างความไว้วางใจและความคิดรวบยอด ซึ่งเป็นด้านที่พบว่ามีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ควรมีการประเมินติดตามระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังการอบรม เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรกำหนดนโยบายการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงการอบรมระยะสั้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำรูปแบบต่างๆ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้ระบบพี่เลี้ยง การโค้ช หรือการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์

2.2 ศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อผลลัพธ์ขององค์กร เช่น คุณภาพการบริการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

2.3 ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะภาวะผู้นำในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อดูพัฒนาการ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/People_Excellence_Strategy_v.4.pdf
2. ภรณ์ทิพย์ คุณพูล. การศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารการพยาบาลกลุ่มเจนวาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
3. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง; 2552.

4. กัมพลิกา สักกามาตย์. การใช้ ICNP ในการบริหารการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 ส.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/icnp/ICNP2557management.ppt
5. Avolio BJ, Bass BM, Jung DI. Re-examination the component of transformation and transaction leadership using the multifactor leadership questionnaire. J Occup Organ Psychol. 1999;72(4):411-62.
6. นุช สัทธาฉัตรมงคล, อรรถพล ธรรมไพบูลย์. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน. วารสารธุรกิจปริทัศน์. 2559;8(1):167-82.
7. อนันทิยา พุ่มเพ็ชร. ผลของโปรแกรมการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
8. เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ. สมรรถนะภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษา. พยาบาลสาร. 2551;35(2):48-57.
9. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2556.
10. อนัญญา ภาเจริญสิริ. ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์กรพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
11. สุพัตรา วัชรเกตุ. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง: สิ่งที่ท้าทายผู้นำทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):58-63.
12. ศิริพร สิงหเนตร, จรวยพร ใจสิทธิ, วิชยา เห็นแก้ว. การศึกษาภาวะผู้นำการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. วารสารนเรศวรพะเยา. 2560;10(1):17-24.
13. สุธาสินี มีนาสิทธิโชค. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2559.
14. ศศิประภา วุฒิจรูญพันธ์, ภิษิตา อินทรประสงค์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ยุวนุช สัตย์สมบูรณ์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและคุณภาพการบริการงานผู้ป่วยในตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. วชิรสารการพยาบาล. 2559;18(2):25-32.
15. นภาพร สายชู, พัชราภรณ์ อารีย์, เนตรชนก ศรีตุมมา, เพชรน้อย สิงห์ชุมชัย. การวิเคราะห์เส้นทางพฤติกรรมความเป็นผู้นำเชิงเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าพยาบาล บรรยากาศทีมเพื่อนวัตกรรม พฤติกรรมการมุ่งเน้นตลาด และนวัตกรรมบริการของหน่วยการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขไทย. 2563;50(3):378-90.
16. ลักขณา ศรีบุญวงศ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัชราภรณ์ อารีย์. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(2):96-110.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลงาว

Effects of a self-management promotion program on kidney performance in patients with chronic kidney disease treated in Ngao Hospital.

(Received: March 14,2025 ; Revised: March 21,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ปาริชาติ ปิยวรกุล[1]
Parichat Piyaworakul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่รักษาในโรงพยาบาลงาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 32 คน ที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเอง ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 37.60 เป็น 43.27 และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดการบริโภคโซเดียม ฟอสฟอรัส และน้ำตาล สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีผลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a self-management promotion program on kidney function efficiency and health behaviors in patients with stage 3 CKD receiving treatment at Ngao Hospital. The study sample comprised 32 patients with stage 3 CKD attending the outpatient department of Ngao Hospital, Lampang Province. The self-management promotion program consisted of four key steps: goal setting, self-monitoring, self-evaluation, and self-reinforcement. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed a statistically significant improvement in estimated glomerular filtration rate (eGFR) after the intervention ($p < 0.001$), increasing from a mean of 37.60 to 43.27. Additionally, overall health behaviors significantly improved ($p < 0.001$), particularly in dietary habits, exercise, and risk factor reduction, such as decreased sodium, phosphorus, and sugar intake. In conclusion, the self-management promotion program effectively enhanced kidney function and promoted healthier behaviors in patients with stage 3 CKD. Further long-term studies and program implementation in other healthcare settings are recommended to maximize patient benefits

Keywords: Self-management, Chronic Kidney Disease, Health Behaviors

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease เป็นปัญหาสาธารณสุขในด้านการใช้ทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร และงบประมาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน กระทบต่อคุณภาพชีวิต และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) คือภาวะที่ไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียและรักษาสมดุลของเหลวในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการสะสมของของเสียในเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคกระดูก และความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด[1] อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2 และ/หรือมีการบาดเจ็บของไตเฉียบพลันมานานมากกว่า 3 เดือน[2] การตรวจวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังอาจทำได้คือ 1) การประเมินปริมาณโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (Proteinuria) โดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ (Dipstick test) เมื่อแถบตรวจวัดผลได้ 1 บวกขึ้นไป ควรตรวจปัสสาวะยืนยันปริมาณโปรตีนด้วยการวัดอัตราส่วนโปรตีน ต่อ ครีเอตินิน 2) อัตราการกรองของไตหรือการประมาณค่าอัตราการกรองด้วยค่าครีเอตินินในเลือด (estimated glomerular filtration rate) โดยใช้สูตรการประเมินอัตราการกรองของไต คือ Cockcroft-Gault:Creatinine Clearance

โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ของโรคไตเรื้อรัง ไตเกิดความเสียหายแต่สามารถทำงานได้เกือบเป็นปกติ อัตราการกรองของไต สูงกว่า 90 ระยะที่ 2 ความเสียหายทำให้ไตสูญเสียการทำงานเล็กน้อย อัตราการกรองของไต 60-89 ระยะที่ 3 ของโรคไตเรื้อรัง เกิดความเสียหายทำให้ไตสูญเสียการทำงานปานกลาง อัตราการกรองของไต 30-59 ระยะที่ 4 ของโรคไตเรื้อรัง มีความเสียหายทำให้ไตสูญเสียการทำงานอย่างมาก อัตราการกรองของไต 15-29 มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีอาการจากโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งพบปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคโลหิตจางที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) และระยะที่ 5 ของโรคไตเรื้อรัง มีอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 ml/min/1.73m2 ในระยะนี้ต้องการ การบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy)

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย[3] โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 40 เตียงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 588 ราย ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 660 รายในปี 2565 และในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 791 ราย โดยเพิ่มขึ้นมากใน CKD stage 3 จาก 262 ราย เป็น 361 ราย และ 567 รายตามลำดับจากปี 2564 – 2566[4] มีการให้บริการคลินิกชะลอไต ทุกวันพุธ โดยทีมสหวิชาชีพ จัดบริการดูแล รักษา ตามมาตรฐานด้วยทีมสหวิชาชีพ และทีมชุมชน ทางด้าน การเฝ้าระวัง/รักษาภาวะแทรกซ้อน, การจัดการด้านยา, การจัดการความเครียด, การดูแลต่อเนื่องในชุมชน, การจัดการอาหารเฉพาะโรค CKD แบบเข้มข้น เรื่องอาหาร อาการเสริม ผลไม้ สมุนไพร อาหารที่ไม่ควรรับประทาน สมุนไพรที่ไม่ควรรับประทาน, ติดตามการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เช่น ทบทวนการสั่งใช้ยา ACEi/ARB ในผู้ป่วย CKD, สร้างระบบการแจ้งเตือนการใช้ ACEi/ARB/Renin inhibator 2 ชนิดร่วมกันในผู้ป่วย HT, สร้างระบบการแจ้งเตือนการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย CKD, จัดหาเครื่องมือสนับสนุนการดูแล เช่น จัดทำคู่มือ / แผนการสอนสำหรับผู้ป่วยโรคไต, จัดทำแผ่นพับการดูแลตนเอง และอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไต จากโรงพยาบาลลำปางผ่านระบบ Tele-medicine

จากผลการดำเนินงาน ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ร้อยละ 64.47 ในปี 2566 และตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/ 1.73m2/ yr ร้อย

ละ 64.03 ในปี 2566 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 66[3] จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยทำการทบทวนเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง และระยะของโรคที่เป็น และโรคร่วมที่มีอยู่ โดยการดูแลรักษาประกอบด้วย การรักษาเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต ได้แก่ ควบคุมโรคประจำตัวให้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยาลดความดัน หรือยาเบาหวานบางกลุ่มช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต ยาขับปัสสาวะ ยารักษาภาวะโลหิตจาง ยาลดไขมันในเลือด ยาปรับสมดุลกรดด่าง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดน้ำหนัก งดสูบบุหรี่ ออกกำลัง การลดอาหารเค็ม รับประทานอาหารโปรตีนให้เหมาะสม การควบคุมระดับโปแตสเซี่ยม และฟอสฟอรัสให้เหมาะสม[5] โดยใช้กระบวนการจัดการตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร และการรับประทานยา ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเองได้ดีขึ้น ลดระดับความดันโลหิต สามารถชะลอไตเสื่อมดีขึ้น อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น[6] เห็นได้ว่า วิธีการควบคุมโรคเพื่อชะลอไตเสื่อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่สำคัญ บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญในการส่งเสริมความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานของไต ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบการศึกษาแบบ 1 กลุ่ม (one group pre – post test design) เพื่อศึกษาผลผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไต และพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน ธันวาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer และ Creer[7] อ้างอิงจากผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการ ตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง[8] ประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม และชี้แจงข้อมูลด้านผลการตรวจเลือด ของกลุ่มตัวอย่างแบบรายบุคคล อธิบายถึง ระยะของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ และ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดไตเสื่อม อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย โดยให้เลือกเป้าหมายที่ต้องการ ปรับจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ระดับค่าอัตราการกรองของไต โดยใช้แผ่นภาพสีระดับค่าอัตราการกรองของไต

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self Mornitoring) ติดตามพฤติกรรมตามเป้าหมายที่จะเปลี่ยนด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self Evaluation) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองโดย

เปรียบเทียบผลกับเป้าหมาย ในระยะเดือนที่ 0 และเดือนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การให้แรงเสริมตนเอง (Self Reinforcemen) ให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. แบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประวัติการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากผลตรวจอัตราการกรองไต (estimated GFR : eGFR) ด้วยการตรวจ Serum Cr

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่ปฏิบัติในระยะเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับโดยใช้เทคนิคของ Likert โดยสำหรับพฤติกรรมทางบวก ปฏิบัติทุกวัน ให้คะแนน 5 ปฏิบัติ 5-6 วัน ให้คะแนน 4 ปฏิบัติ 3-4 วัน ให้คะแนน 3 ปฏิบัติ 1-2 วัน ให้คะแนน 2 และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมทางลบ ปฏิบัติทุกวัน ให้คะแนน 1 ปฏิบัติ 5-6 วัน ให้คะแนน 2 ปฏิบัติ 3-4 วัน ให้คะแนน 3 ปฏิบัติ 1-2 วัน ให้คะแนน 4 และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 5 ตามลำดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังดังนี้ ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50) และระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)

3. แผ่นภาพสีระดับค่าอัตราการกรองของไต[2]

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ของภาษา และให้คะแนนเป็นรายข้อ นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร IOC พบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.92-1.00 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง ตามวันที่มารับบริการตามนัดที่คลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และ/หรือตอบรับโดยวาจาและพิมพ์ลายนิ้วมือในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน โดยกิจกรรมที่ทำแต่ละครั้งจะเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมตามนัด มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 0) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) และการประเมินตนเอง (Self Evaluation) โดยวันที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการตามนัดของคลินิกชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยชี้แจงผลของระดับการทำงานของไต ให้เห็นแนวโน้มของการทำงานของไต และทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไต การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความคิด และพฤติกรรม และการรับประทานอาหาร

ของตัวเอง ในประเด็นของการปฏิบัติตัวเพื่อการชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับตั้งเป้าหมายระดับค่าอัตราการกรองของไต โดยใช้แผ่นภาพสีระดับค่าอัตราการกรองของไต ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปแนบไว้กับสมุดประจำตัวผู้ป่วย เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนัก ถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่จำเป็น ในการชะลอความเสื่อมของไตด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับ เป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2) การติดตามตนเอง (Self Mornitoring) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self Reinforcement) ผู้วิจัยให้ข้อมูลผลของระดับการทำงานของไต ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหา และอุปสรรค ของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แสดงความชื่นชมในพฤติกรรมที่ปฏิบัติดีแล้ว ชื่นชมความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหา สร้างแรงจูงใจให้ข้อมูลและร่วมวางแผน เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) ประเมินกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองโดยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลอง พร้อมทั้งบันทึกและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการดำเนินกิจกรรมของคลินิกชะลอไตเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และผลประสิทธิภาพการทำงานของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนโดยใช้สถิติโคลโมโกนอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogonov-Smirnov test) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Pair t-test กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนการวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง อนุมัติเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2567 รหัสโครงการ E2566-130

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 32 คน โดยร้อยละ 56.2 เป็นเพศชาย และร้อยละ 43.8 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 56.2 รองลงมาคือ 70-80 ปี ร้อยละ 34.4 โดยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.5 และทำเกษตรกรรมร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม โดยร้อยละ 56.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกัน รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 31.2 เป็นโรคร่วมเบาหวาน อย่างเดียวร้อยละ 3.1 และไม่มีโรคร่วมร้อยละ 9.4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

eGFR	n	$\bar{x}$	S.D.	t
ครั้งที่ 1	32	37.60	5.54	
ครั้งที่ 2	32	43.27	7.84	
ครั้งที่ 1 & ครั้งที่ 2		5.67	5.7	-5.615

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า eGFR ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 37.60 และ eGFR ครั้งที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 43.27 มีการเพิ่มขึ้นของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.615$, $p <$

0.001) แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของไต

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ	n	$\bar{x}$	S.D.	t
ก่อน	32	37.03	4.91	
หลัง	32	44.69	5.67	
ก่อน & หลัง		7.66	3.42	-12.618

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 37.03 พฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 44.69 มีการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.618$, $p < 0.001$) แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน	$\bar{x}$		S.D.	t	Sig.
	ก่อน	หลัง			
1. การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง	2.31	3.81	.842	-10.072	.000
2. การรับประอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง	2.94	4.12	1.030	-6.523	.000
3. การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด	3.38	4.25	.554	-8.941	.000
4. การรับประทานอาหารประเภททอด	3.47	4.47	.672	-8.418	.000
5. การทานยาตามแพทย์สั่ง	4.94	5.00	.354	-1.000	.325
6. การใช้สมุนไพรในการรักษา	4.41	5.00	1.365	-2.462	.020
7. การซื้อยากินเอง	4.34	5.00	1.208	-3.074	.004
8. การออกกำลังกาย	2.06	3.22	.808	-8.099	.000
9. การดื่มสุรา	4.66	4.97	.780	-2.265	.031
10. การสูบบุหรี่	4.53	4.84	.821	-2.154	.039

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (-10.072, $p = 0.000$), การลดการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง (-6.523, $p = 0.000$), การลดการรับประทานอาหารรสหวานจัด (-8.941, $p = 0.000$), การลดการรับประทานอาหารทอด (-8.418, $p = 0.000$), การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (-8.099, $p = 0.000$) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ได้แก่ การทานยาตามแพทย์สั่ง (-1.000, $p = 0.325$), การลดการดื่มสุรา (-2.265, $p = 0.031$) และการลดการสูบบุหรี่ (-2.154, $p = 0.039$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลทำให้พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่รักษาในโรงพยาบาลงาว ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีผลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต โดยค่า eGFR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 37.60 เป็น 43.27 การเพิ่มขึ้นของ eGFR ในงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันวิสาข์ สนใจ และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม

สุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 พบว่าการจัดการตนเองช่วยเพิ่มค่า eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ อัมพร จันทชาติ และคณะ[10] ที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าค่า eGFR ของผู้ป่วยดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ในด้านโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ในด้านพฤติกรรมด้านโภชนาการ เช่น การลดโซเดียม ฟอสฟอรัส น้ำตาล และอาหารทอด รวมถึงการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันวิสาข์ สนใจ และคณะ[9] ที่พบว่าการจัดการตนเองส่งผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของ คำแปลง ศรีช้าง[11] พบว่ารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการศึกษาของพิศมัย ใจถาวร[5] ที่พบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพบางด้าน ได้แก่ การทานยาตามแพทย์สั่งและการลดการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วก่อนเริ่มโปรแกรม หรืออาจต้องใช้เวลานานขึ้นในการปรับเปลี่ยน หรือมีมาตรการสนับสนุนเพิ่มเติม[12] เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะทาง หรือการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผล งานวิจัยของ อัมพร จันทชาติ และคณะ[10] ก็พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ต้องการเวลาและความพยายามมากกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ และงานวิจัยของ พิศมัย ใจถาวร[5] ที่พบว่าพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารสามารถเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่า แต่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่และลดการดื่มสุราอาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนากลยุทธ์เพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่และลดการดื่มสุรา เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะทาง หรือการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผล

2. ควรพิจารณาการบูรณาการโปรแกรมนี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะเวลาที่ยาวขึ้น และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. โรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/11/โรคไตเรื้อรัง.pdf
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
3. HDC. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [Internet]. กระทรวงสาธารณสุข; 2566 มี.ค. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https:// https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

4. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. โรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Patient%20with%20chronic%20kidney%20disease.pdf
5. พิศมัย ใจถาวร. ผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง [อินเทอร์เน็ต]. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000000190-0000001205.pdf
6. ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2565;2(3):13-24.
7. จุฑามาส จันทร์ฉาย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(1):105-115.
8. ไชยา ท่าแดง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
9. วันวิสาข์ สนใจ, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, นิสากร กรุงไกรเพชร. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;12(2):88-97.
10. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น, เพ็ญศรี จาบประไพ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;10(2):45-58.
11. คำแปลง ศรีช้าง. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):181-93.
12. โฉมฐิตาภา ศิริมา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):164-72.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง

The Effects of the Patient Discharge Planning Program Using the IDEAL Model for stroke patients, Ngao Hospital, Lampang Province.

(Received: March 14,2025 ; Revised: March 21,2025 ; Accepted: March 29,2025)

พนิดา วิชา[1]
Panida Wicha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 15 ราย ณ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการจำหน่ายตามแนวคิด IDEAL Model แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่มีการวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 1 วัน หลัง 1 สัปดาห์ และหลัง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($p = .023$, .000 และ .000 ตามลำดับ) สำหรับทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 1 วัน หลัง 1 สัปดาห์ และหลัง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($p = .017$, .003 และ .002 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: IDEAL Model, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research aimed to compare the mean scores of knowledge about stroke and physical rehabilitation skills before and after implementing the program. The study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The sample included 15 new stroke patients at Ngao Hospital, Lampang Province. The research instruments included the IDEAL Model discharge planning program, a stroke knowledge questionnaire, and a physical rehabilitation skills assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA.

The research results showed that when comparing knowledge scores before and after using the program at 1 day, 1 week, and 2 weeks, there were statistically significant differences at the .05 level ($p = .023$, .000, and .000, respectively). Similarly, when comparing physical rehabilitation skill scores before and after using the program at 1 day, 1 week, and 2 weeks, there were statistically significant differences at the .05 level ($p = .017$, .003, and .002, respectively).

Keywords: IDEAL Model, discharge planning, stroke patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกต้องเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง[1] ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อย และปานกลาง และการเข้าถึงการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก[2] สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลออดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 21.13 และในปี พ.ศ. 2567 ก็พบว่าสูงถึง ร้อยละ 20.77[3] และจากข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 11.02 เพิ่มขึ้นเป็น 10.92 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2565[4] จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบแตก หรืออุดตัน ส่งผลให้ไม่สามารถนำออกซิเจนหรืออาหารไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การคิด ความจำ การสื่อสารบกพร่อง อาจมีปัญหาการมองเห็นหรือการขับถ่ายตามมา[5] และย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง[6] อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ส่งผลถึงสัมพันธภาพในครอบครัว หรือความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงและทำให้เสียชีวิตหรือคงความพิการอย่างถาวร[7] ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือด หรือถูกทำลาย ได้แก่ 1) อ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้าย 2) ชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น เดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง 3) มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด 4) มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน 5) การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่า ภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ15[8] อาการเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ และปรับตนเองให้เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน และทำให้เกิดความเหนื่อยล้า พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านตัวผู้ดูแล เช่น อายุ โรคประจำตัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่ต้องดูแล เป็นต้น พบว่าความซุกของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้ร้อยละ 63.7 และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลต่อวันและระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วยมา[9] ผู้ดูแลจึงควรได้รับการสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล จากการสังเกต และได้รับการสอนในระยะเวลาสั้นๆ ก่อนกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้กลับบ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค จากการขาดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ผู้ดูแลต้องเผชิญจะมี

ความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[10]

การวางแผนการจำหน่ายของโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง เดิมเป็นรูปแบบ D-METHOD ประกอบไปด้วย D) disease การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว M) medicine แนะนำการใช้ยา E)environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน T) treatment ทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย H)health ภาวะแทรกซ้อนของโรค O) outpatient การมาตรวจตามนัด D) diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งปัญหาของการใช้ D-METHOD คือ เป็นการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ไม่ได้ทวนสอบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือญาติ ได้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงไม่ได้ค้นหาผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในด้านการจัดสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การมาตรวจตามนัด ตลอดจนถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

จากการศึกษาแนวคิดการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมลดลง มีความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ระดับสูงและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง[11] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า IDEAL Discharge Planning ของ AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (2013) ที่ยึดหลักการสร้างความผูกพันของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการนำผู้ป่วยและผู้ดูและผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีม น่าจะมีความเหมาะสมในการพัฒนาแผนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย และลดอัตรานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

สำหรับโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง พบอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 61 ราย, 53 ราย และ 16 รายตามลำดับ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งมีการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่ รพ.ลำปาง และให้กลับมารักษาที่ โรงพยาบาลงาวต่อ ในการนี้ได้สัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่เยี่ยมบ้าน พบว่า หลังจำหน่ายแล้วไปพักรักษาตัวที่บ้านแม้จะได้รับการดูแลแบบเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง และนัดมาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ แต่ยังพบปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่องเนื่องจากผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านการดูแลที่บ้านและยังไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ผู้ดูแลหลักมีภาวะเครียด การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล เผชิญปัญหายังไม่เหมาะสม บางรายเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหา และความสำคัญดังกล่าวจึงสนใจที่จะนำแนวทาง IDEAL Discharge Planning มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจำหน่ายที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้ามามีส่วนร่วมภายใต้มาตรฐานการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนการนัดภายใน 28 วัน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพอันจะส่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research)) แบบ 1 กลุ่ม ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ IDEAL Model ซึ่งเป็นหลักการสร้างความผูกพัน การเข้าถึง และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ให้การดูแล ผู้รับบริการ และครอบครัว (patient and family engagement) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมตามตัวย่อ I-D-E-A-L13 ดังนี้ คือ I = Including ค้นหาผู้ดูแลหลัก และนำเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

D= Discussion ร่วมกับแพทย์ในการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ความเข้าใจการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และญาติ 2) อธิบายผลการตรวจต่างๆ 3) แผนการดูแลรักษา การใช้ยากิน การออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise รวมกับนักกายภาพบำบัด 4) การวางแผนร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การรับประทานอาหาร การใช้ยา การอกกำลังกาย การดูแลหัตถการต่างๆ เช่น การให้อาหาทางสายยาง (Nasogastric tube feeding), การสวนคาสาย สวนปัสสาวะ การมาตรวจตามนัด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ดูแลได้พูดคุย ซักถาม สื่อสารความรู้ ความเข้าใจของการเจ็บป่วย

E = Education 1) ให้ความรู้ (Pre-Test) 2) สอนผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องโรค สาเหตุและอาการที่ทำให้เกิดอาการหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาโรค 3) ร่วมกับนักกายภายบำบัดสอนการออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise และ 4) ประเมินการออกกำลังกาย ของผู้ป่วย และผู้ดูแลโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

A = Assess แพทย์และพยาบาลอธิบายถึงผลการประเมิน การวินิจฉัย และแนวทางการดูแล เช่น การใช้ยา การดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย และให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทวนกลับถึงเรื่องที่อธิบาย ชักชวนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามสิ่งที่กังวล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

L = Listening การรับฟังและให้โอกาสผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ดูแลได้สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติม รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสงสัยในข้อปฏิบัติ และความกังวลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่ง IDEAL model

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลหลัก โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ในช่วงระยะเวลาเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 และผู้ป่วยรายเก่าที่เคยเข้าการรักษาในโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ก่อนเดือนพฤศจิกายน 2567 และยังคงอยู่ในระยะการติดตาม 6 เดือน

2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาลงาวจังหวัดลำปาง และยังคงอยู่ในระยะการติดตาม 6 เดือน ไม่รวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่าที่มารักษาซ้ำ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจกาจการ ทดสอบของเบิร์น

และโกรฟ[14] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ระดับ 0.05 กำหนดการวิเคราะห์ค่ากำลัง (power analysis) ที่ 0.06 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลางที่ 0.8 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL MODEL ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรมมูลมูลใช้แบบสอบถามโดยผู้วิจัยประเมินและสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คำถามให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยร่วมกับนักกายภาพบำบัด สังเกตการออกกำลังกายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (MC) และนักกายภาพบำบัด มาวิเคราะห์หาค่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Object Congruence) หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมและนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันได้ค่า เท่ากับ 0.8 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ และทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมที่(1) I = Including หลังรับไว้รักษาวันที่ 1 ค้นหาผู้ดูแลหลักและนำเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กิจกรรมที่ (2) D= Discussion หลังรับไว้รักษาวันที่ 1 ร่วมกับแพทย์ในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ความเข้าใจการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและญาติ 2) อธิบายผลการตรวจต่างๆ 3) แผนการดูแลรักษา การใช้ยากิน การออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise รวมกับนักกายภาพบำบัด 4) การวางแผนร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลหัตถการต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง (Nasogastric tube feeding), การสวนคาสายสวนปัสสาวะ การมาตรวจตามนัด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ดูแลได้พูดคุย ซักถาม สื่อสารความรู้ ความเข้าใจของการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ (3) E = Education หลังรับไว้รักษาวันที่ 2 มีกิจกรรมดังนี้ 1) ประเมินครั้งที่ 1 ก่อนให้ความรู้ (Pre-Test) 2) สอนผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค สาเหตุและอาการที่ทำให้เกิดอาการหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาโรค 3) ร่วมกับนักกายภายบำบัด สอนการออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise และ 4) ประเมินการออกกำลังกาย ของผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ (4) A = Assess แพทย์และพยาบาลอธิบายถึงผลการประเมิน การวินิจฉัย และแนวทางการดูแล เช่น การใช้ยา การดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย และให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทวนกลับถึงเรื่องที่อธิบาย ซักชวนให้ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลซักถามสิ่งที่กังวล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมที่ (5) L = Listening การรับฟังและให้โอกาสผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ดูแลได้สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติม รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูสงสัยในข้อปฏิบัติ และความกังวลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้และทักษะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL MODEL ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่มีการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนการวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการรับรอง จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง อนุมัติเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 รหัสโครงการ E2567-068

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 เพศหญิงร้อยละ 40.00 มีอายุระหว่าง 50 ถึง 83 ปี (อายุเฉลี่ย 65.73 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 9.89) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.70 รองลงมาโสด และหม้ายเท่ากันร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 20.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.70 รองลงมาคือเกษตรกร และธุรกิจส่วนตัวเท่ากัน ร้อยละ 26.70 มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท ร้อยละ 73.13 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ่อนแรงข้างซ้าย ร้อยละ 60.00 ข้างขวาร้อยละ 33.33 และทั้งสองข้างร้อยละ 6.70 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 60.00 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยทุกคนมีผู้ดูแลและมีอายุระหว่าง 30 ปี ถึง 70 ปี (อายุเฉลี่ย 51.40 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 12.07) และดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 22.66 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 3.59

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนการใช้โปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.64 หลังการใช้โปแกรมฯ 1 วัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.12 หลังการใช้โปแกรมฯ 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.00คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 และหลังการใช้โปแกรมฯ 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 เมื่อนำคะแนนความรู้มาเปรียบเทียบกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 1 วัน, 1 สัปดาห์ และ2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($p = .023$, $.000$ และ $.000$ ตามลำดับ) แต่คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังใช้โปแกรม 1 วัน เปรียบเทียบกับ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังนี้ $p = 1.00$ และ $p = 1.00$ ตามลำดับ และนำคะแนนเฉลี่ยความรู้หลัง 1 สัปดาห์ มาเปรียบเทียบกับ 2 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังนี้ $p = 1.00$

3. ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย 17.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38 หลังการใช้โปแกรมฯ 1 วัน มีค่าเฉลี่ย 21.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.48 หลังการใช้โปแกรมฯ 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย 24.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 และหลังการใช้โปแกรมฯ 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย 24.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.88 เมื่อนำคะแนนทักษะมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 1 วัน, หลัง 1 สัปดาห์ และ หลัง 2 สัปดาห์มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = .017, .003 และ .002 ตามลำดับ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะหลังใช้โปแกรม 1 วัน เปรียบเทียบกับหลัง 1 สัปดาห์ และหลัง 2 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = .165 & .103) และ หลัง 1 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับ หลัง 2 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = .205) สรุปและอภิปรายผล

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อน และหลัง 1 วัน, หลัง 1 สัปดาห์ และ หลัง 2 สัปดาห์ของการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 ดังนี้ p = .023, p = .000 และ p = .000 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมา มณีโรจน์ เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสมความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-16.77, p=<.001)11 และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของพรนิภา แคนชัย เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลและวาแผนจำจำหน่ายโดยโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสมความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษารักษา ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-3.516, p<0.001)15 และยังมีงานวิจัยของ พรรณวรดา สุวัน, ลุนนี ราชไชย และณัฐวรรณ ชัยมีเขียว เรื่องประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลส่องดาว สกลนคร พบว่า มีความเป็นไปไดในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL ไปใช้อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 สวนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 (4.06 ± 0.33)16 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยในหลายโรคดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ย่อมมีผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน แต่เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังใช้โปแกรม 1 วัน มาเปรียบเทียบกับหลังการใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และหลังการใช้โปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = 1.00 และ p = 1.00 ตามลำดับ) และนำคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ มาเปรียบเทียบกับหลังการใช้โปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่า ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = 1.00) ด้วยเช่นกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าความรู้มักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้วิจัยได้ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล และก็จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความจดจำสิ่งที่เป็นความรู้นั้นไว้ แล้วเมื่อผู้วิจัยวัดผลในระยะเวลาที่ไม่ต่างกันมากเพียง 1 ถึง 2 สัปดาห์หลังการให้ความรู้นั้นไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความรู้นั้น ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2. ที่ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก่อน และหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะมาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 1 วัน, หลัง 1 สัปดาห์ และ หลัง 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 (p = .017, .003 และ .002 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมา มณีโรจน์ เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสมความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ระดับสูง (M= 66.18, S.D.=6.11)11 ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพรนิภา แคนชัย เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลและวาแผนจำจำหน่ายโดยโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษารักษา ที่พบว่า ความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.527$, $p < 0.001$) และอัตราการ กลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test, $p < 0.05$)16 แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะหลังใช้โปแกรม 1 วัน เปรียบเทียบกับหลัง 1 สัปดาห์ และหลัง 2 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($p = .165$ และ $.103$) และหลัง 1 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับ หลัง 2 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($p = .205$) ซึ่งยังไปสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมา มณีโรจน์ เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสมความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ที่พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 1 ราย11 รวมถึงงานวิจัยของพรรณวรดา สุวัน, ลุนนี ราชไชย และณัฐวรรณ ชัยมีเขียว เรื่องประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลส่องดาว สกลนคร พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ดังนั้นการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ถูกต้อง เหมาะสม จะทำให้สมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นก็ย่อมไม่กลับมารักษาด้วยอาการโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.พัฒนาคู่มือและสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและ เข้าถึงได้ เช่น วิดีโอ แผนพับ และแอปพลิเคชั่นในมือถือ โดยปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่เสมอ และให้ทีมสุขภาพสามารถใช้ได้ได้ทันที

2.ติดตามผลระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน รวมถึงการสนับสนุนทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม IDEAL Model ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม IDEAL Model ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization: WHO. World Stroke Day 2022. [Internet]. 2022. [Search 2025 Mar 01] received from: https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022
2. World Health organization: WHO. Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide. [Internet]. 2024. [Search 2025 Mar 01] received from: https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions--the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide
3. กรมควบคุมโรค. "โรคหลอดเลือดสมองแตก" ปี 2567 คนไทยตายสูงถึง 20.77 % อายุน้อย วัยทำงานก็เกิดได้. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568].
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564;37(4):54-60.
5. กฤษฎา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;13(2):38-55.

6. ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปูองกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ปุวยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62-77.
7. Gawulayo, S., Erasmus, C.J. & Rhoda, A.J., 2021, 'Family functioning and stroke: Family members' perspectives', African Journal of Disability 10(0), a801. [Internet]. 2024. [Search 2025 Mar 01] received from: https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.801
8. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
9. ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ. ความชุกและปจจัยที่มีผลตอภาระในการดูแลของผูดูแลผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการสงเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดลอมลานนา. 2559;6(1):56-62.
10. พัชรี ฤทธิ์ศร. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ปุวยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม แลสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):287-293.
11. ศิริมา มณีโรจน์. ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสมความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหาราชนครศรธีรรมราชเวชสาร. 2565;61(1):78-91.
12. HDC โรงพยาบาลงาว. อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2565-2567. 2567.
13. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A Guideline to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. 2013. [Internet]. 2024. [Search 2025 Mar 01] received from: http://www.nhmrc.gov.au.
14. Burns, N., & Grove, S. K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis, MO: Saunders Elsevier. 2009.
15. พรนิภา แคนชัย. ผลของโปรแกรมการดูแลและวาแผนจำจำหน่ายโดยโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษารักษา. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปปฐฐภูมิและสาธารารณสุข. 2567;2(2):190-199.
16. พรรณวรดา สุวัน, ลุนนี ราชไชย และณัฐวรรณ ชัยมีเขียว. ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหนายผูปวยเบาหวานตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลสองดาว สกลนคร. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4. 2019.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี

The Effect of Self-management program on phosphorus control behavior and blood phosphorus level of end-stage kidney disease undergoing hemodialysis at Inburi Hospital.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

หทัยรัตน์ จีนเท่ห์[1]
Hatairus jeentae[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส ระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลอินทร์บุรี เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2567 จำนวน 31 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส 2) แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ค่าเฉลี่ยระดับฟอสฟอรัสในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

The objective of this research to compare the level of phosphorus control behavior and blood phosphorus level after receiving a self-management program to control phosphorus in patients with end-stage kidney disease who received hemodialysis. The sample group was patients with end-stage kidney disease who Hemodialysis at the Dialysis Unit of Inburi Hospital, July – September 2024, 31 people were tested. The instruments consisted of 1) Self-management program for controlling phosphorus 2) Phosphorus control behavior assessment form 3) Clinical outcome record form. Data were analyzed using descriptive statistics, percentage , mean and standard deviation, and average scores before and after the trial were compared using paired t-test

The results of the research found that 1) After receiving the self-management program, the mean score of phosphorus control behavior of the end-stage kidney disease patients receiving hemodialysis was significantly higher than before receiving the program ($p<0.05$) 2) The mean blood phosphorus level after receiving the self-management program for controlling phosphorus for the end-stage kidney disease patients receiving hemodialysis was significantly lower than before receiving the self-management program ($p<0.05$)

Keywords: Self-management program, Phosphorus control behavior and Phosphorus level in the blood of patients with end-stage kidney disease who are on hemodialysis.

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอินทร์บุรี

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ไตสูญเสียหน้าที่การทำงานเกิดการสะสมของเสีย น้ำและเกลือแร่ไตไม่สามารถขับออกได้ ผู้ป่วยระยะนี้จำเป็นต้องรับการบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่นิยมและมีประสิทธิภาพสูง เป็นการขจัดของเสียและน้ำออกจากเลือดผ่านทางเครื่องไตเทียม[1] ปัญหาที่พบบ่อย คือ ภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (hyperphosphatemia) โดยปกติร่างกายจะได้รับฟอสฟอรัสจากอาหาร ไตเป็นอวัยวะหลักในการขับฟอสฟอรัสส่วนเกินออกจากร่างกายทางปัสสาวะ การสูญเสียหน้าที่ของไตทำให้การขับฟอสฟอรัสออกจากร่างกายลดลง มีผลให้ระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงเกินค่าปกติ โดยระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 มก./ดล. ถือว่ามีภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (hyperphosphatemia) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสมดุลเมตาบอลิสมของแคลเซียม ฟอสฟอรัส ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ และวิตามินดี ทำให้มีความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเกาะตัวของฟอสฟอรัสและแคลเซียมตามเนื้อเยื่อ และหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบตัน ซึ่งระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่สูงขึ้นและภาวะที่แคลเซียมเกาะหลอดเลือดนั้น มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย[2] ดังนั้นการหาแนวทางควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต การป้องกันและรักษาภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง มีหลัก 3 ประการ คือ 1) การควบคุมอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างเพียงพอ และ 3) การใช้ยาจับฟอสฟอรัส

โรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 150 เตียง มีเครื่องไตเทียมจำนวน 11 เครื่อง จากข้อมูลสถิติ พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ปี 2564 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 31 คน ปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 32 คน คน ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 32 คน โดยสถิติปี 2564-2566 ผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่มากกว่า 5 มก./ดล. พบร้อยละ 58.06, 34.38 และ 43.75 ตามลำดับ จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วย พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาจับฟอสฟอรัส มีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 27 ที่รับประทานยาจับฟอสฟอรัสไม่สม่ำเสมอหรือรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา ร้อยละ 18.9 เกิดจากผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสมในรับประทานยา ผู้ป่วยหยุดยาเอง เพราะเชื่อว่ายาจับฟอสฟอรัสไม่มีความจำเป็นหรือกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยา รวมทั้งความยากลำบากในการรับประทานยาทั้งในเรื่องของบรรจุภัณฑ์ ที่แกะยาก รสชาติขม ในส่วนของผู้ป่วยที่ต้องควบคุมอาหาร มีผู้ป่วยร้อยละ 43–84 ที่ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงได้ เนื่องมาจากขาดความรู้ เลือกรับประทานอาหารไม่ได้ บางส่วนเป็นผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว ทำให้ไม่มีผู้ประกอบอาหารให้จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารสำเร็จรูปบ่อยครั้ง ซึ่งอาหารสำเร็จรูปนั้นจะมีปริมาณฟอสฟอรัสสูง[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นและมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลง (ปิยะดา อาจประจัญ. 2567)[4] สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี

รัตน์ ชำนาญ[2] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส มีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลไตเทียมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยก่อนให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ติดตามผลการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้ได้มาตรฐาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมในการควบคุมฟอสฟอรัสก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre test-post test design) งานวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self–management) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมโดย Creer5 ซึ่งกล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรคโดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะสามารถควบคุมฟอสฟอรัสได้ดีนั้น เพราะผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัญหาที่พบบ่อยคือการมีภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ดังนั้นการควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุนและติดตามประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสที่เหมาะสมและยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลอินทร์บุรี ระหว่างเดือนเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2567 จำนวน 33 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม ของโรงพยาบาลอินทร์บุรีคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด การอ่านหรือการเขียน 3) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี 3 ครั้ง/สัปดาห์ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ภาวะหัวใจวาย หรือมีโรคอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น 2) มีภาวะสูญเสียการรับรู้ มีอาการทางจิตประสาท มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด การอ่านหรือการเขียน

3. ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเอง[5] ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การควบคุมฟอสฟอรัส ภาวะแทรกซ้อนจากฟอสฟอรัสในเลือดสูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง ยาจับฟอสฟอรัส และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ ประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านโภชนาการและการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส

2. แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 4 สเกล จำนวน 10 ข้อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาจับฟอสฟอรัส และ 12 ข้อ สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาจับฟอสฟอรัส

4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 6-7 วัน/สัปดาห์

3 ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 3-5 วันต่อสัปดาห์

2 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 1-2 วัน/สัปดาห์

1 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคย ปฏิบัติตามข้อนั้นเลย

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนน ได้ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 = พฤติกรรมดีมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 = มาก

คะแนนเฉลี่ย 1.51 –2.50 = น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.75 = น้อยที่สุด

3. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ระดับฟอสฟอรัสในเลือด ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง และครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content

validity) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไตจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.84

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) 2) แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน และแบบสอบถามโดยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการจัดการตนเองการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและผู้ถูกวิจัยตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัส ในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre test)

3. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส ระยะเวลา 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพและสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. ร่วมสนทนาในการถ่ายทอดประสบการณ์และการอภิปรายกลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฟอสฟอรัส

3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วยโรคไตเรื้อรัง การควบคุมฟอสฟอรัส ภาวะแทรกซ้อนจากฟอสฟอรัสในเลือดสูง

4. มอบสมุดบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการมาฟอกเลือดตามนัด พร้อมสาธิตการบันทึกให้กลุ่มตัวอย่าง

5. ตั้งเป้าหมายการควบคุมฟอสฟอรัส

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ครั้งที่แล้ว และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกประโยชน์ของการควบคุมฟอสฟอรัส และให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัส

สัปดาห์ที่ 3

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ครั้งที่แล้ว และให้ความรู้เกี่ยวกับยาจับฟอสฟอรัส วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกประโยชน์ของการควบคุมฟอสฟอรัส

4. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้และสาธิตในหัวข้อ วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส

5. ฝึกปฏิบัติการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส ผ่านการสาธิตวิธีการรับประทาน การเชื่อมโยง กระบวนการคิดและวิเคราะห์การควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 4

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ครั้งที่แล้ว และให้ความรู้เกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัส

สัปดาห์ที่ 5

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส ภาวะแทรกซ้อนจากฟอสฟอรัสในเลือดสูง การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่ กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัส

4. ทบทวนการปฏิบัติการควบคุมฟอสฟอรัสผ่านการสาธิตเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด การเชื่อมโยงกระบวนการคิดและวิเคราะห์การควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 6

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส ภาวะแทรกซ้อนจากฟอสฟอรัสในเลือดสูง การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่ กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสกัน

4. ทบทวนการปฏิบัติการควบคุมฟอสฟอรัสผ่านการสาธิตเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด การเชื่อมโยงกระบวนการคิดและวิเคราะห์การควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 7

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส ภาวะแทรกซ้อนจากฟอสฟอรัสในเลือดสูง การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด

2. ตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส พร้อมเน้นย้ำความรู้ที่ กลุ่มตัวอย่างพร่อง ตามสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่สำเร็จ

3. กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมฟอสฟอรัสกัน

4. ทบทวนการปฏิบัติการควบคุมฟอสฟอรัสผ่านการสาธิตเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีฟอสฟอรัสสูง วิธีการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสและการมาฟอกเลือดตามนัด การเชื่อมโยงกระบวนการคิดและวิเคราะห์การควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 8

1. ผู้วิจัยร่วมทบทวนและสรุปความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสกับกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิดเกี่ยวกับปัญหาการควบคุมฟอสฟอรัสและผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะตามกรณี

3. เก็บแบบบันทึกการควบคุมฟอสฟอรัสคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ประเมินพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส และระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังการทดลองใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและเคารพในความเป็นมนุษยชนของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน (ร้อยละ 51.6) อายุ 66-75 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.5) อายุเฉลี่ย 60.9 ปี สถานภาพสมรสคู่จำนวน 22 คน (ร้อยละ 71.0) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 8 คน (ร้อยละ 25.8) ไม่ประกอบอาชีพจำนวน 15 คน (ร้อยละ 48.4) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 14 คน (ร้อยละ 45.2) ระยะเวลาการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มากกว่า 4 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.7) ทุกคนฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่เตรียมอาหารด้วยตนเองจำนวน 10 คน (ร้อยละ 32.3) แหล่งที่ให้คำแนะนำโรคไตส่วนใหญ่จากแพทย์ พยาบาล และหนังสือ/เอกสาร/แผ่นพับ ผู้ที่ได้รับยาจับฟอสเฟตจำนวน 20 คน (ร้อยละ 64.5)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.14$, $p=0.04$)

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับฟอสฟอรัสในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.02$, $p=0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษา Karavetian & Ghaddar 2013[7]; Karavetian, Vries, Elzein, Rizk, & Bechwaty, 2015[8] ที่มีการใช้โปรแกรมการสอนแบบรายบุคคลด้านการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าภายหลังได้รับหลังโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส เนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับความรู้ และการส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้สร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมฟอสฟอรัส ชี้ให้เห็นถึงผลเสียของการควบคุมฟอสฟอรัสไม่ได้ และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนขึ้น เพราะการที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมและปรารถนาที่จะกระทำ มีความเพียรพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986)[9] ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ในการจัดการตนเองโดยการสอนและการฝึกทักษะจากพยาบาลไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีได้ แต่ต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถประสบความสำเร็จได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือจากการฝึกทักษะต่างๆ เหล่านั้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ปิ่นทอง[10]

จากผลการวิจัยระดับฟอสฟอรัสในเลือดภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังการทดลองลดลง ค่าเฉลี่ยระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นของ Creer มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง การสังเกตความผิดปกติ การเลือกรับประทานอาหาร การฟอกเลือดสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน มีการเปรียบเทียบกับสมุดแนะนำอาหารทำให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการตรวจระดับฟอสฟอรัสในเลือด ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงใกล้เข้าสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ชัดเจนขึ้น และยังมีการติดตาม สนับสนุนการให้การช่วยเหลือของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุมปริมาณฟอสฟอรัสในอาหารได้สำเร็จ ทำให้ระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราวดี จินตนา, อรวมน ศรียุกตศุทธ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, เนาวนิตย์ นาทา[11] ที่ศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลเสริมแรงจูงใจ และทักษะการรับประทานยาเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสฟอรัสในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใช้เวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฟอสฟอรัสลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้ว โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัส ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดในแนวคิดทฤษฎีและเป็น

จุดเน้นของโปรแกรมนี้ คือ การพัฒนาทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง ในขั้นตอนของการวางแผนและนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการร่วมกันวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมจากข้อมูล ความรู้ ทักษะที่มี และนำแผนการที่วางไว้ไปปฏิบัติจริงเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจริง ดังที่ไรอันและซาวิน[12] ได้กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถส่งผลเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อึ๊ง และคณะ[13] ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับฟอสฟอรัสในผู้ป่วยฟอกเลือดพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงนั้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากครอบครัวด้านการควบคุมฟอสฟอรัสที่ต่ำ ดังนั้นครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพ ซึ่งอาจอยู่ในบ้านเดียวกันหรือไม่ก็ได้มีความสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. หน่วยไตเทียม สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมฟอสฟอรัส โดยมุ่งเน้นในด้านของการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง ตลอดจนมีทักษะและพฤติกรรมในการควบคุมฟอสฟอรัสที่เพิ่มมากขึ้นตามมา

2. พยาบาลหน่วยไตเทียม ควรได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติมในเรื่องของทฤษฎีการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถนำขั้นตอนของโปรแกรมมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E
2. อารีรัตน์ ชำนาญ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียมและ ฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารสภาการพยาบาล, 36(2), 49-65
3. กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลอินทร์บุรี. (2566). สถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลอินทร์บุรี.
4. ปิยะดา อาจประจัญ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(1), 179-192
5. Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P.R., & Zeidner, M. (Eds.), Handbookofself-regulation (pp. 601-629). San Diego: Academic
Press.
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2545). วิธีการสร้างสถิติและงานวิจัย. สุวีริยสาสน์.
7. Karavetian, M. , & Ghaddar, S. (2013) . Nutritional education for the management of osteodystrophy (nemo) in patients on haemodialysis: a randomised controlled trial. Journal of Renal Care, 39(1), 19-30.
8. Karavetian, M. , Vries, N., Elzein, H., Rizk, R., & Bechwaty, F. (2015). Effect of behavioral stage-based nutrition education on management of osteodystrophy among hemodialysis patients, Lebanon. Patient Education and Counseling, 98(7), 1116-112.
9. Tobin, D.L.., Reynolds, R.V.C., Holroyd, K.A., & Creer,T.L. (1986). Self- Management and Social Learning Theory. In K.A. Holroyd, T.L. Creer (Eds), Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Interventions and Research (pp. 29-51). London: Academic Press, Inc.

10. สุภาพ ปิ่นทอง. (2566). ผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสงขลา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 16(1), 36-47.
11. ภัทราวดี จินตนา, อรวมน ศรียุกตศุทธ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, เนาวนิตย์ นาทา, (2559). โปรแกรมการให้ข้อมูลเสริมแรงจูงใจและทักษะการรับประทานยาเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. Journal of Nursing Science, 34(2):92-101.
12. Ryan, P. A., & Sawin, K. J. (2014). Individual and Family Self-Management Theory. http://www4.uwm.edu/nursing/about/centers-institutes/self-management /theory.cfm
13. Ng, E. S. Y., Wong, P. Y., Kamaruddin, A. T. H., Lim, C. T. S., & Chan, Y. M. (2020). Poor Sleep Quality, Depression and Social Support Are Determinants of Serum Phosphate Level among Hemodialysis Patients in Malaysia. International journal of environmental research and public health, 17(14): 5144.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงใน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์: การวิจัยและพัฒนา

DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER SCREENING MODEL IN NONG KI DISTRICT, BURIRAM PROVINCE: RESEARCH AND DEVELOPMENT.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ชนิศา เสนคราม[1]
Chanisa Senkram [1]

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในปัจจุบัน 2) เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบมีส่วนร่วม 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยและพัฒนาที่นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาและการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นกรอบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน อายุ 50-70 ปี จำนวน 297 คน และใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชนิด คือ 1) แบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล กรณีการวิจัยเชิงปริมาณใช้สถิติพื้นฐาน สถิติอ้างอิง ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหาแล้วเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการคัดกรองด้วย FIT TEST เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 72.5 อัตราการเข้ารับการส่องกล้องในกลุ่มที่มีผล FIT TEST เป็นบวกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 88.7 และสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 83.2 องค์ความรู้/ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ คือ รูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองและการวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มแรก

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่; การวิจัยและพัฒนา; การมีส่วนร่วมของชุมชน; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; รูปแบบการคัดกรอง

Abstract

This research aimed to: 1) examine the current situation and analyze colorectal cancer screening systems, 2) develop a participatory management system for colorectal cancer screening, and 3) evaluate the effectiveness of the developed screening model. This study employed a research and development methodology incorporating community participation frameworks. The sample consisted of 297 peoples aged 50-70 years. Research instruments included questionnaires, in-depth interview guides, and focus group discussion protocols. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data underwent content analysis with descriptive narrative reporting.

The results revealed that: After implementing the model, the FIT TEST screening rate increased from 35.6% to 72.5%, the colonoscopy rate among those with positive FIT TEST results increased from 60.2% to 88.7%, and the proportion of colorectal cancer patients diagnosed at an early stage increased from 42.3% to 83.2%. The findings from this research is an effective colorectal cancer screening model that can be applied in other areas with similar contexts to increase screening rates and early cancer diagnosis.

Keywords: Colorectal Cancer Screening; Research and Development; Community Participation; Primary Health Care System; Screening Model

[1] โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ประมาณ 1.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 935,000 คนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง โดยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ 17.6 และ 12.3 ต่อประชากรแสนคนในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ[2]

จากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 พบว่า อำเภอหนองกี่มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ 58 ราย คิดเป็นอัตรา 24.6 ต่อประชากรแสนคน และพบว่าร้อยละ 75.8 ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ทำให้มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีเพียงร้อยละ 32.5 ขณะที่อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี อยู่ที่ร้อยละ 35.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 60[3]

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิต การศึกษาของ Schreuders et al. (2015) พบว่า การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอย่างเป็นระบบสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 15-33 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในอำเภอหนองกี่ยังประสบปัญหาหลายประการ เช่น ระบบการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ขาดการบูรณาการความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ระบบการติดตามผู้มีผลผิดปกติยังไม่มีประสิทธิภาพ และประชาชนบางกลุ่มยังเข้าถึงบริการได้ยาก[4]

จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า แนวทางการพัฒนาระบบคัดกรองแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สอดคล้องกับบริบทของอำเภอหนองกี่ที่มีต้นทุนทางสังคมสูง มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุข[5] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบคัดกรองและลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในพื้นที่ต่อไป

บทความวิจัยนี้นำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง และการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน[6]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในปัจจุบัน
2. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566-กรกฎาคม 2567 โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

Paired t-test และ Chi-square test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอในรูปแบบการบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.7) มีอายุเฉลี่ย 59.62 ปี (SD = 6.74) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 40-87 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 46.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.7) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.1) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 43.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 43.9) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 80.2)

1.2 ข้อมูลประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.9) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.2) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 18.2) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 6.1) พบมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 7.1 ด้านประวัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 74.7) และในกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มีผลการตรวจปกติ (ร้อยละ 91.9) มีผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติที่ต้องได้รับการติดตามและตรวจเพิ่มเติม ร้อยละ 8.1 สำหรับประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ พบว่ามีร้อยละ 7.1

1.3 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในระดับดี โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้และอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ (ร้อยละ 94.7 เท่ากัน) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยป้องกัน เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงยังมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ (ร้อยละ 60.0)

ด้านทัศนคติ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยเห็นว่าการตรวจคัดกรองมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.78, SD = 0.63) และช่วยค้นพบมะเร็งได้เร็วและรักษาให้หายได้ ($\bar{X}$ = 4.70, SD = 0.73) ในระดับมากที่สุด แต่มีความกังวลระดับปานกลางเกี่ยวกับระยะเวลาการรอคิวตรวจที่นานเกินไป ($\bar{X}$ = 3.25, SD = 1.32) และความกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจ ($\bar{X}$ = 3.22, SD = 1.43)

1.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1) สถานการณ์ปัจจุบัน อัตราการคัดกรองไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 35.6) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชาชนตื่นตัวด้านสุขภาพมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายหลักคือประชาชนอายุ 50-70 ปี และกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติครอบครัว

2) ระบบและกลไกการดำเนินงาน: มีนโยบายระดับประเทศแต่บางพื้นที่ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจน การคัดกรองใช้วิธี FIT TEST และการส่องกล้อง (Colonoscopy) มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

3) การมีส่วนร่วม: อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และช่วยเหลือประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

4) ปัญหาและอุปสรรค: ระบบข้อมูลและการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดบุคลากรและเครื่องมือ ประชาชนบางส่วนยังไม่เข้าใจข้อมูลข่าวสาร มีความกังวลต่อผลการตรวจ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

5) ความต้องการในการพัฒนา: ต้องการเครื่องมือที่ทันสมัย ทีมส่องกล้องเชิงรุก การอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลและการติดตาม และการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรอง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้พัฒนา "รูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน" (Community- Based Integrated Colorectal Cancer Screening Model) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

2.1 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุก 1) จัดตั้งเครือข่าย "หนองกี่ร่วมใจ ห่างไกลมะเร็งลำไส้" ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดโครงสร้างคณะกรรมการขับเคลื่อนที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน 3) พัฒนาระบบแกนนำชุมชนระดับตำบล/หมู่บ้านเพื่อประสานงานและสื่อสารข้อมูล

2.2 กลยุทธ์การเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง 1) ระบบการคัดกรองเชิงรุกในชุมชนผ่านจุดบริการคัดกรองเคลื่อนที่ 2) การมอบชุดทดสอบ FIT TEST แบบนำกลับบ้าน (Take-home FIT TEST kit) 3) การใช้ระบบเตือนอัตโนมัติผ่านแอปพลิเคชั่น LINE และ SMS

4. ระบบนัดหมายที่ยืดหยุ่น เช่น การให้บริการนอกเวลาราชการ

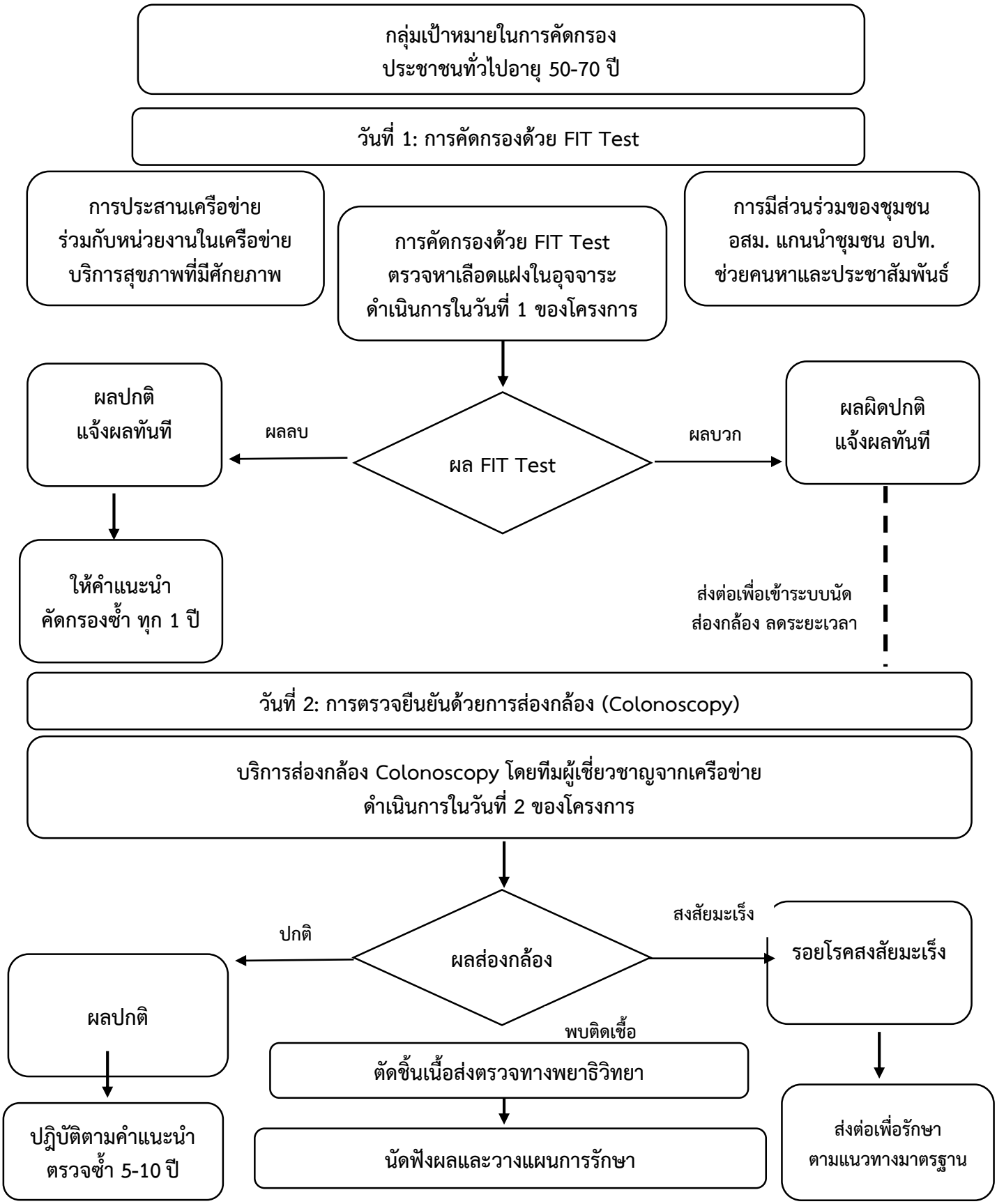
2.3 การพัฒนาระบบข้อมูลและการติดตาม 1) ฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยบริการ 2) แอปพลิเคชั่น Line สำหรับติดตามกลุ่มเป้าหมาย 3) ระบบนำเสนอผลการดำเนินงานแบบ real-time

2.4 การพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารความเสี่ยง 1) สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) "บุคคลต้นแบบ" ในชุมชนที่ผ่านการคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนเพื่อสร้างความตระหนัก

2.5 การพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามแบบไร้รอยต่อ 1) ระบบ Fast Track สำหรับผู้ที่มีผล FIT TEST เป็นบวก 2) ทีมสหวิชาชีพดูแลเฉพาะรายและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) ระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแบบทางไกล (Teleconsultation)

2.6 การสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากร 1) การกำหนดนโยบายสาธารณะระดับอำเภอในการสนับสนุนการคัดกรอง 2) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) การระดมทรัพยากรจากภาคเอกชนผ่านโครงการความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR)

ภาพที่ 2 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Integrated Colorectal Cancer Screening Model)



ภาพที่ 3 แผนผังกระบวนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรูปแบบใหม่

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกองค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.45-4.78) โดยองค์ประกอบที่ได้รับการประเมินความเหมาะสมสูงสุด คือ การพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารความเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย = 4.78, SD = 0.39) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุก (ค่าเฉลี่ย = 4.70, SD = 0.44)

3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

3.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

หลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า:

1) อัตราการคัดกรองด้วย FIT TEST ในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 72.5 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.9)

2) อัตราการเข้ารับการส่องกล้องในกลุ่มที่มีผล FIT TEST เป็นบวก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 88.7 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.5)

3) อัตราการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.5 เป็นร้อยละ 100.0 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.5)

4) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 83.2 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 40.9) โดยทุกตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ

1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (n = 297): มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.35, SD = 0.68) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง (ค่าเฉลี่ย = 4.58, SD = 0.60) รองลงมาคือด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.49, SD = 0.66)

2) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (n = 28): มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.35, SD = 0.58) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านระบบข้อมูลและการติดตาม (ค่าเฉลี่ย = 4.53, SD = 0.55) รองลงมาคือด้านรูปแบบการคัดกรองโดยรวม (ค่าเฉลี่ย = 4.42, SD = 0.58)

3.3 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

1) การมีส่วนร่วมของ อสม. และแกนนำชุมชน: มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 95.3) การติดตามกลุ่มเป้าหมาย (ร้อยละ 87.5) การให้ความรู้และคำแนะนำ (ร้อยละ 82.1) และการประสานงานกับหน่วยบริการ (ร้อยละ 79.8)

2) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: มีการสนับสนุนงบประมาณ การจัดกิจกรรมรณรงค์ และการประชาสัมพันธ์ครบทั้ง 5 แห่ง (ร้อยละ 100) และมีการสนับสนุนการเดินทางของกลุ่มเป้าหมาย 3 แห่ง (ร้อยละ 60)

3) การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน: มีการสนับสนุนงบประมาณ 2 แห่ง การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ 3 แห่ง และการจัดกิจกรรม CSR 2 แห่ง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มอัตราการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawla et al.[1] ที่พบว่าการใช้กลยุทธ์แบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 25-40

การเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้ารับการส่องกล้องในกลุ่มที่มีผล FIT TEST เป็นบวก จากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 88.7 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบส่งต่อและติดตามแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al.[7] ที่พบว่าการมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้ถึงร้อยละ 30

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก (จากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 83.2) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schreuders et al.[8] ที่รายงานว่าการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ถึงร้อยละ 70-90

2. องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการคัดกรอง

การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการคัดกรอง สอดคล้องกับแนวคิด "Whole of Society Approach" ขององค์การอนามัยโลก[9] ที่เน้นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การคัดกรองประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coronado et al.[10] ที่พบว่าการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรที่เข้าถึงยากได้อย่างมีนัยสำคัญ

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al.[11] ที่พบว่าการใช้ระบบเตือนอัตโนมัติและแอปพลิเคชั่นมือถือสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองได้ร้อยละ 15-25 นอกจากนี้ การพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ยังช่วยเพิ่มความตระหนักและการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maxwell et al.[12] ที่พบว่าการใช้สื่อที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นช่วยเพิ่มการรับรู้และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผลักดันให้การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นวาระสำคัญระดับอำเภอโดยบรรจุในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการคัดกรองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จัดตั้งคลินิกคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ที่ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

2. พัฒนาระบบบริการนอกเวลาราชการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มวัยทำงาน

3. พัฒนาระบบติดตามและเตือนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผสมผสานเทคโนโลยีกับเครือข่ายชุมชน

4. จัดกิจกรรมรณรงค์ "หนองกี่ร่วมใจ ห่างไกลมะเร็งลำไส้" อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน

2. วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลและความคุ้มค่าระหว่างวิธีการคัดกรองที่หลากหลาย

3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคัดกรองในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก

4. พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ชนบท คำนึงถึงข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล

5. วิจัยเชิงนโยบายเพื่อขยายผลรูปแบบการคัดกรองไปสู่ระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Rawla, P., Sunkara, T., & Barsouk, A. (2019). Epidemiology of colorectal cancer: Incidence, mortality, survival, and risk factors. Gastroenterology Review, 14(2), 89-103. https://doi.org/10.5114/pg.2019.83422

2. Onyoh, E. F., Hsu, W. F., Chang, L. C., Lee, Y. C., Wu, M. S., & Chiu, H. M. (2019). The rise of colorectal cancer in Asia: Epidemiology, screening, and management. Current Gastroenterology Reports, 21(8), 36. https://doi.org/10.1007/s11894-019-0703-8
3. Sripa, P., Leelawat, K., & Leelawat, S. (2018). Screening and surveillance of colorectal cancer in Thailand. Thai Journal of Surgery, 39(4), 140-146. [in Thai]
4. Wilairatana, S., Ratcharoen, S., & Sunthornyothin, S. (2022). Knowledge, attitudes, and barriers toward colorectal cancer screening among Thai adults aged 50-75 years. Journal of Health Research, 36(5), 946-957. https://doi.org/10.1108/JHR-03-2021-0139 [in Thai]
5. Sithisarankul, P., & Trinet, P. (2020). Community-based cancer screening model in rural Thai communities: A pilot study in Buriram Province. Journal of Health Systems Research, 14(2), 182-194. [in Thai]
6. Chaisa, P., & Sanprasit, T. (2022). Colorectal cancer screening management model in rural Thailand. Journal of Public Health Management and Practice, 28(2), E387-E395. [in Thai]
7. Kim, J., Wang, H., Young, L., Michaud, T. L., Siahpush, M., Farazi, P. A., & Chen, L. W. (2018). An examination of multi-level factors influencing colorectal cancer screening in primary care settings: A mixed-methods study. Journal of Public Health Management and Practice, 24(1), 59-68. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000536
8. Schreuders, E. H., Ruco, A., Rabeneck, L., Schoen, R. E., Sung, J. J., Young, G. P., & Kuipers, E. J. (2015). Colorectal cancer screening: A global overview of existing programmes. Gut, 64(10), 1637-1649. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-309086
9. World Health Organization. (2018). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bulletin of the World Health Organization, 96(9), 591-664. https://doi.org/10.2471/BLT.18.217471
10. Coronado, G. D., Schneider, J. L., Green, B. B., Coury, J. K., Lowe, J. K., Petrik, A. F., & Baldwin, L. M. (2020). Implementation of a mailed FIT TEST program to increase colorectal cancer screening in a rural community clinic setting. Preventive Medicine, 133, 106004. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106004
11. Baker, D. W., Brown, T., Buchanan, D. R., Weil, J., Balsley, K., Ranalli, L., Wolf, M. S., Needleman, S., & Wang, C. (2017). Comparative effectiveness of a multifaceted intervention to improve adherence to annual colorectal cancer screening in community health centers: A randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 177(8), 1212-1220. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1908
12. Maxwell, A. E., Hannon, P. A., Escoffery, C., Vu, T., Kohn, M., Vernon, S. W., & DeGroff, A. (2016). Colorectal cancer screening promotion and provision: A review of the literature. Cancer Epidemiology, 46, 151-161. https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.07.002

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Effectiveness of program for prevention falls among older adults in Bang pa-in district, Ayutthaya.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สุมาลี ช่างกล[1]
Sumalee changkol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปกติ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 150 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย เป็นเวลา 20 สัปดาห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินสมรรถนะทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent samples t-test และเปรียบเทียบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ และ 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองทั้ง 2กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การทรงตัว และสมรรถนะทางกายสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวในการหกล้มต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การหกล้ม โปรแกรมป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a multi-factorial fall prevention program in community-dwelling elderly. The sample consisted of 150 elderly who were at risk of falling, did not have dementia, were able to perform their daily activities normally, and were willing to participate in the study. They were divided into two experimental groups and a control group, with 50 people in each group. Each experimental group received a multi-factorial fall prevention program for 20 weeks. The research instruments consisted of three parts: a multi-factorial fall prevention program, an interview, and a physical fitness assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, and repeated measures comparison of variance.

The results of the study found that after 16 and 20 weeks of the experiment, both experimental groups had higher mean scores of knowledge of fall prevention, fall prevention behavior, balance, and physical performance than before the experiment, and had a significantly lower mean score of fear of falling than before the experiment ($p<0.05$).

Keywords: Falls, Fall prevention program, Fall prevention behavior, Elderly

บทนำ

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 30[1] และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี[2] และร้อยละ

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน

41.1 ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มจะมีประวัติการพลัดตกหกล้มซ้ำ[3]

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละ 16.9 ของผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้ม โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายถึง 1.5 เท่า โดยผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มที่หกล้มเพิ่มสูงขึ้น[4] ผลกระทบที่สำคัญของการการพลัดตกหกล้มที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่ายกาย ด้านจิตใจ รวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในประเทศไทยนั้นพบว่า มีการศึกษาต้นทุนค่ารักษาในผู้ป่วยสูงอายุ 75 ปีขึ้นไปที่กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม ต้นทุนค่ารักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 116,458.60 บาทต่อคนต่อปี[5] จากผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากหลายปัจจัย มีทั้งปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ[6] ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัย (Multi-factorial Intervention) เป็นรูปแบบที่พบว่ามีประสิทธิผลสามารถลดการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้[7] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบหรือกลวิธีในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้น ควรพัฒนากิจกรรมให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

จากความสำคัญดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีองค์ประกอบแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1986) เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการรับรู้ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการเกิดการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมที่ป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกิจกรรมของโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การทบทวนการใช้ยา และกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประกอบเพลง และออกกำลังกายแบบแรงต้าน เห็นได้ชัดว่าการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนของประเทศ ที่สอดรับกับเป้าหมายสุขภาพในระดับโลกเรื่องการส่งเสริมให้มีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การทรงตัว ความกลัวต่อการหกล้ม และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การทรงตัว ความกลัวต่อการหกล้ม และ สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยศึกษาแบบสามกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measure design : three groups) 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 80 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านหว้า ตำบลวัดยม และเทศบาลตำบลบ้านสร้าง มีเกณฑ์คัดเลือกประชากรผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จากการการทดสอบความสมดุลร่างกายด้วยการก้าวเดิน Timed Up & Go Test ของ Lyons, Adams and Titler[8]

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการค้านวณอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เพื่อควบคุม Type II error โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.07 โดยเปิดตาราง Table estimate sample size requirements as a function of effect[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน รวมเป็น 132 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 หรือ 5 คนในแต่ละกลุ่มรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งหมดเป็น 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ปัญหาการมองเห็น ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน ยาที่ใช้เป็นประจำ ความถี่ในการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการหกล้มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

2) แบบสัมภาษณ์ความกลัวในการหกล้ม แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้ม เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับนานาชาติ (FES-I) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3) แบบประเมินความสามารถด้านการทรงตัว แบบการประเมินความเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุ Burge balance scale (BBS) และได้รับแปลและนำมาใช้ในการประเมินการทรงตัวผู้สงอายุ โดยอัจฉรา ปุราคม และคณะ[10] ซึ่งเป็นการทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวโดยการท้ากิจกรรมในท่านั่งและยืนทั้งหมด 14 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ 4 คะแนน ตามความสามารถของผู้สูงอายุ ระดับการต้องการความช่วยเหลือ และระยะเวลาที่ใช้ โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 56 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนการทดสอบน้อยกว่า 45 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการล้มสูง

4) แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อค้าถามปลายปิด ที่ให้ผู้ประเมินตอบว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” ทั้งหมด 28 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ท้าให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ ด้านอันตราย/ผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 28 คะแนน ซึ่งถ้ามีคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่ดี

5) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นชุดของคำถามที่แสดงถึงความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด

25 ข้อ คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ในช่วง 25-75 ซึ่งถ้ามีคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเหมาะสมมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในชุมชนโปรแกรมที่ 1 ประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัว ร่วมกับแผนการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้ม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

2) โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในชุมชน โปรแกรมที่ 2 การออกกำลังกายที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัวร่วมกับแผนการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้ม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของความรู้การป้องกันการหกล้มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มความกลัวต่อการหกล้ม และการทรงตัวของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ใช้สถิติ Repeated measure ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองด้วย Bonferroni method และสถิติ Independent samples t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โครงการวิจัยที่ 30/2567 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 58.0 มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี ร้อยละ 38.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 70.00 มี เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 74.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (X = 4,600.00 บาท, SD = 1,178.03 บาท) ร้อยละ 92.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.00 มีการมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 82.00 ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน ร้อยละ 90.00 มีการใช้ยารักษาในปัจจุบัน ร้อยละ 44.00 มีการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีการออกกำลังกาย1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 90.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 80.00ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 58.00 อายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 42.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 62.00 เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.00 จบการศึกษาระดับปะถมศึกษา ร้อยละ 40.00 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 52.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (X = 5,600.00 บาท, SD = 2,682.14 บาท) ร้อยละ 78.00 มีโรคประจาตัว ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 มีการมองเห็นชัดเจนทุกคน ร้อยละ 92.00 ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน ร้อยละ 74.00 มีการใช้ยารักษาในปัจจุบัน ร้อยละ 36.00 มีการออกกาลังกาย โดยร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีการออกกำลังกายจำนวน 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 86.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

และร้อยละ 74.00ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุระหว่าง 65 - 69 ปี ร้อยละ 58.00 ร้อยละ 48.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ท้วม ร้อยละ 72.00 เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.00 จบการศึกษาระดับปะถมศึกษา ร้อยละ 36.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 84.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (X = 4,080.00 บาท, SD = 1,226.24 บาท) ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวและมีการใช้ยารักษาในปัจจุบันทุกคน ร้อยละ 92.00 สายตามีการมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 86.00ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน ร้อยละ 44.00 มีการออกกำลังกาย โดยร้อยละ 68.18 ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 82.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 78.00 ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ความรู้การป้องกันการหกล้ม

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองและติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 แสดงว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย มีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้มสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้มหลังการทดลองและติดตามผลของผู้สูงอายุ

ระยะ	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ผลต่างค่าเฉลี่ย	
			กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	กลุ่มควบคุม
หลังทดลอง	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	26.68	- 0.28	1.68*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	26.96		1.96*
	กลุ่มควบคุม	25.00		
ติดตามผล	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	26.36	- 0.18	1.16*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	26.54		1.34*
	กลุ่มควบคุม	25.20		

* *P* = <0.05

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองและติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 แสดงว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย มีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มหลังการทดลองและติดตามผลของผู้สูงอายุ

ระยะ	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ผลต่างค่าเฉลี่ย	
			กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	กลุ่มควบคุม
หลังทดลอง	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	70.66	- 0.44	4.46*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	71.10		4.90*
	กลุ่มควบคุม	66.20		
ติดตามผล	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	74.16	0.70	10.06*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	72.46		9.36*
	กลุ่มควบคุม	64.10		

* *P* = <0.05

สมรรถนะทางกาย ด้านการทรงตัว ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการ ทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 และติดตามผลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 แสดงว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกาย ด้านการทรงตัวหลังการทดลองและติดตามผลของผู้สูงอายุ

ระยะ	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ผลต่างค่าเฉลี่ย	
			กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	กลุ่มควบคุม
หลังทดลอง	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	30.58	- 0.26	1.20
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	30.84		1.46
	กลุ่มควบคุม	29.38		
ติดตามผล	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	33.28	- 0.36	3.72
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	33.64		4.08
	กลุ่มควบคุม	29.56		

* *P* = <0.05

ความกลัวในการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวต่อการหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 แสดงว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย มีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวต่อการหกล้มลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกาย ด้านการทรงตัวหลังการทดลองและติดตามผลของผู้สูงอายุ

ระยะ	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ผลต่างค่าเฉลี่ย	
			กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	กลุ่มควบคุม
หลังทดลอง	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	27.84	0.22	- 9.40*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	27.62		- 9.62*
	กลุ่มควบคุม	37.24		
ติดตามผล	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1	24.72	0.38	- 12.40*
	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2	24.72		- 12.78*
	กลุ่มควบคุม	37.12		

* *P* = <0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง และติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ott[11] ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มารับบริการในงานกายภาพบำบัดในรัฐจอร์เจีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) อีกทั้งสอดคล้องกับฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการ

พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shin[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อความรู้ สมรรถนะแห่งตน การป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุผู้หญิงในประเทศเกาหลี พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ สมรรถนะแห่งตน การป้องกันการหกล้ม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งในกระบวนการให้ความรู้ผ่านวิธีการต่าง ๆ ในโปรแกรมสหปัจจัย นอกจากการให้ความรู้จะส่งผลทำผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ยังเป็นการเสริมสร้างทัศนคติที่ดียิ่งขึ้นต่อการป้องกันการหกล้มซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มมากขึ้น[14] อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้สูงอายุในที่สุด

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง และติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทยา วาโย และคณะ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= - 30.29, p =0.00$) และสอดคล้องกับ Kittipimpanon et al[16] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตเมือง พบว่า 3 เดือนหลังจากการดำเนินทดลองโปรแกรมป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการทรงตัวของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shumway-Cook[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในชุมชน ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม 12 เดือน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการทรงตัวดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การออกกำลังกายแบบแอโรบิคประกอบเพลงที่มีจังหวะการเคลื่อนที่โดยการย่ำเท้าเดินและการถ่ายเทน้ำหนักตัวไปไปตามทิศทางของการเต้น เป็นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่บริเวณขาและข้อเท้า ทำให้กล้ามเนื้อขยายขนาด และมีความแข็งแรงมากขึ้น เพิ่มการรับรู้ตำแหน่งข้อในขณะเคลื่อนไหว การย่อการยืดตัว รวมทั้งการเคลื่อนไหวทั้งการก้าวไปข้างหน้า ข้างหลัง และข้างซ้ายและขวาเป็นการเปลี่ยนตำแหน่งจุดศูนย์ถ่วงและฐานรองรับน้ำหนักของร่างกาย เพิ่มการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องที่มีรูปแบบและทิศทางที่แน่นอน ท้าให้มีการยืดหยุ่น ย่อ ของข้อต่อต่าง ๆ อีกทั้งผู้สูงอายุสามารถฝึกตามได้ง่ายและปลอดภัย การฝึกการเคลื่อนไหวด้วยการย่ำเท้าให้สัมพันธ์กับจังหวะดนตรีทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการตอบสนองของระบบควบคุมทรงตัว ระบบกล้ามเนื้อ ระบบการมองเห็น และยังทำให้เกิดความผ่อนคลายอีกด้วย นอกจากกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวให้กับผู้สูงอายุโดยนำวิธีการออกกำลังกายตามรูปแบบของ Otago มาใช้ในการพัฒนา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการฝึกการทรงตัวให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งการออกจากการที่รูปแบบการออกกำลังกายตามแนวทางของ Otago นั้นได้น้ามาใช้ในการศึกษามาอย่างแพร่หลายเกี่ยวกับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และพบว่าเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุในการป้องกัน

การเกิดการพลัดตกหกล้ม[18] ยังสามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวได้อีกด้วย[19]

ด้านความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองและผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้ง สองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johanson, Jonsson, Dahlberg and Patomella[20] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ต่อการป้องกันการหกล้มและความกลัวในการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ในการหกล้ม พบว่า 12 เดือนหลังจากที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมมีความเสี่ยงในการหกล้มและความกลัวในการหกล้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jung, Lee, Shin and Lee[21] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อการทรงตัว ความสามารถในการเดิน และความกลัวในการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยมีการทรงตัว ความสามารถในการก้าวเดินและความกลัวในการหกล้ม ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ นี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Vind (2010) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตประจ้าวัน ความกลัวในการหกล้ม และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตประจำวันดีขึ้นเล็กน้อยแต่ความมั่นใจในการทรงตัว ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระดับชุมชนและระดับประเทศ โดยอาจพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มและลดอัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้สามารถพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวในผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

3) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในระยะยาว รวมถึงการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดแนวทางเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Gang, L., Sufang, J., & Ying, S. (2006).The incidence status on injury of the community dwelling elderly in Beijing. Chi J Prev Med, 40(1):37.
2. Calvalcante, A.L.P., Aguiar, J.B., & Gurgel, L.A. (2012). Fatores associados a quedas em idosos em um bairro de Fortaleza, Ceará. Rev Bras GeriatrGerontol,15(1):137.
3. Wu, T.Y., Chie, W.C., Yang, R.S., & et al.(2013). Risk factors for single and recurrent falls: Aprospective study of falls in community dwelling seniors without cognitive impairment. Prev Med, 57:511-517.

4. วิชัย เอกพลากร.(2557).รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. Woratanarat, P., Wajanavisit, W., Lertbusayanukul, C., Loahacharoensombat ,W., &Ongphiphatanakul, B. (2005).Cost analysis of osteoporotic hip fractures.J Med Assoc Thai, 88 (Suppl 5):S96-104.
6. Dhargave, P., &, Sendhilkumar, R. (2016). Prevalence of risk factors for falls among elderly people living in long-term care homes. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics,1 (7): 99-103.
7. Lee, H., Chang, K., Tsauo, J., Hung, J., Huang, Y., & Lin, S. (2013). Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in communitydwelling older adults with risk of falls. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,94:606-615.
8. Lyons, S., Adams, S., & Titler, M. (2005). Evidence-based protocol: Fall prevention for Older adults. Journal of Gerontological Nursing, 31(11), 9-14.
9. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004) *Nursing research: Principles and methods*. 7th Edition,Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
10. อัจฉรา ปุราคม, ชญานิศ ลือวานิช, กาญจนา พิบูลย์, และ คณะ. (2559). กิจกรรมทางกายเพื่อลดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพการทา หน้าที่ทางกายสาหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพ ฯ :ศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สานักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
11. Ott ,L. D. (2018). The impact of implementing a fall prevention educational session for community-dwelling physical therapy patients. Nursing Open,5:567–574.
12. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ.(2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. Journal of Nursing and Health Care, 35(3): 186-195.
13. Shin, K.R., Shin, S.J., Kim, J.S., & Jin Young Kim, J.Y. (2005). The Effects of Fall Prevention Program on Knowledge, Self-efficacy, and Preventive Activity Related to Fall, and Depression of Low-income Elderly Women. J Korean Acad Nurs,35(1):104-112.
14. Hill, A., Hoffmann, T., Beer, C., McPhail, S., Hill, K. D., Oliver, D., & Haines, T. P.(2011).Falls after discharge from hospital: Is there a gap between older peoples'knowledge about falls prevention strategies and the research evidence?. Gerontologist, 51(5), 653–662.
15. วิทยา วาโย และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน.*วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*,35(2):
16. Kittipimpanon, K., Amnatsatsue, K., Kerdmongkol,P.,Maruo, S.J., & Nityasuddhi, D. (2012). Development and evaluation of a community-based fall prevention program for elderly Thais. Pacific Rim Int J Nurs Res,16(3) :222-235.
17. Shumway-Cook, A., Ilene F. Silver, L. F., LeMier, M., York,S., Cummings,P., &Koepsell,T.D. (2007). Effectiveness of a Community-Based Multifactorial Intervention on Falls and Fall Risk Factors in Community-Living Older Adults: A Randomized, Controlled Trial. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES,62(12): 1420–1427.
18. Dadgari, A., Aizan Hamid, T., Hakim, M.N., & et al., (2016). Randomized control trials on otago exercise program (OEP) to reduce falls among elderly community dwellers in Shahroud, Iran. Iran Red Crescent Med J, 18(5): 1-8.
19. Park, Y., & Chang, M. (2016) .Effects of the Otago exercise program on fall efficacy,activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients.J Phys Ther Sci, 28(1): 190-193.
20. Johanson, E., Jonsson, H.,Dahlberg,R., & Patomella,A. (2018). The efficacy of a multifactorial falls-prevention programme, implemented in primary health care. British Journal of Occupational Therapy, 81(8): 474-481.
21. Jung, Y., Lee, K., Shin , S., & Lee, W. (2015). Effects of a multifactorial fall prevention program on balance, gait, and fear of falling in post-stroke inpatients. Journal of Physical Therapy Science,27(6):1865-8

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี

The development of a self-care promotion model for pulmonary tuberculosis patients residing in border areas of Kanchanaburi Province.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

รังสิมันตุ์ ทองสวัสดิ์[1]
Rangsiman Thongswat[1]

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเอง 2) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะ 1 การศึกษาตามหลักการ PAOR 4 ขั้นตอน ตามทฤษฎีของ Kermis & McTaggart (1988) กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test, paired simple t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Scheffe

ผลการศึกษา พบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 2.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของผลการตรวจเสมหะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การได้รับรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนา ทำให้เกิดผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคได้น้อยกว่าการได้รับรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031)

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ร้อยละ 82.0

5. การขยายผล การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการดำเนินงาน ระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่แตกต่างกัน หลังการดำเนินงาน สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรีได้ ร้อยละ 100.0

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยวัณโรคปอด,

Abstract

The development of a self-care promotion model for pulmonary tuberculosis patients residing in border areas of Kanchanaburi Province is an action research with the following objectives: 1) to develop a self-care promotion model; 2) to study the effectiveness of the self-care promotion model for pulmonary

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

tuberculosis patients residing in border areas; and 3) to study the satisfaction with the self-care promotion model for pulmonary tuberculosis patients that was developed. The research was divided into 2 phases: Phase 1: a study based on the 4-step PAOR principle according to the theory of Kermis & McTaggart (1988). The sample group was selected by purposive sampling, totaling 20 people. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test, paired simple t-test, and F-test using the One-way ANOVA technique, and Scheffe's pairwise comparison. The results of the study found that: 1. After the experiment, the experimental group had knowledge about tuberculosis, self-care awareness, and self-care behavior. More than the comparison group with statistical significance (p-value < 0.001)

2. After the experiment, the experimental group had knowledge about tuberculosis, self-care awareness, and self-care behaviors that were statistically significantly higher than before the experiment (p-value < 0.001).

3. After the experiment, it was found that the experimental group had 2.0 percent of sputum smear results positive for tuberculosis. When testing the statistical difference between the sputum smear results between the experimental group and the comparison group, it was found that receiving the developed self-care promotion model resulted in significantly lower sputum smear results than receiving the original self-care promotion model (p-value = 0.031).

4. Satisfaction with the developed self-care promotion model for pulmonary tuberculosis patients found that TB patients were highly satisfied overall at 82.0 percent.

5. Expansion of the development of the self-care promotion model for pulmonary tuberculosis patients residing in border areas of Kanchanaburi Province found that knowledge about tuberculosis, self-care awareness, and self-care behaviors Before and after the operation, it was found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level. After the operation, knowledge about tuberculosis, self-efficacy perception and self-care behavior were better than before the operation. Knowledge about tuberculosis, self-efficacy perception and self-care behavior after the operation were not different between districts. After the operation, 100.0 percent of pulmonary tuberculosis patients residing in the border area of Kanchanaburi Province could be cared for.

Keywords: Self-care, Pulmonary tuberculosis patients

บทนำ

โรควัณโรคยังเป็นปัญหาที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 10.60 ล้านราย หรือคิดเป็นอัตรา 134 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตกว่า 1.6 ล้านรายทั่วโลก โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่พบผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าภูมิภาคอื่น ซึ่งอัตราผู้ป่วยวัณโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คิดเป็นร้อยละ 45 ของอัตราผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก[1] สำหรับในประเทศไทยนั้น องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก และติด 1 ใน 22 ประเทศ ที่มีผู้ป่วยวัณโรคสูง โดยมีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.30 เท่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) สูง โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย และเสียชีวิตประมาณร้อยละ 10^2 ทั้งนี้ วัณโรคมักเป็นปัญหาของประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากการควบคุมรักษายังไม่เข้มข้นและครอบคลุมเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยทั้งรายใหม่และ กลับมาเป็นซ้ำจำนวน 105,000 ราย คิดเป็นอัตรา 150 ต่อแสนประชากร

และเสียชีวิต 12,000 ราย[3] นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการควบคุมและป้องกันวัณโรค โดยมุ่งหมายที่จะยุติการระบาดของวัณโรคทั่วโลก มีเป้าหมายในการลดอัตราการตายด้วย วัณโรคลงร้อยละ 95 และลดการติดเชื้อใหม่ลงร้อยละ 90 ในช่วงระหว่างปี 2558 ถึงปี 2578 ประเทศไทยได้เร่งรัดให้มีการยกระดับเป้าหมายวัณโรค โดยมีเป้าหมายระยะยาว คือ ให้อัตราผู้ป่วยรายใหม่ลดเหลือน้อยกว่า 10 รายต่อแสนประชากร (คิดเป็นประมาณ 7,000 ราย) ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก โดยต้องปรับปรุงระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้รวดเร็วและครอบคลุม ตัดวงจรระบาด ทั้งนี้ ในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรค 103,000 ราย แต่พบเพียง 78,027 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราความครอบคลุมในการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่ร้อยละ 76[4]

วัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย (Mycobacterium Tuberculosis) ซึ่งติดต่อจากคนสู่คน ผ่านทางอากาศ (Airborne Transmission) เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไป เชื้อจะเข้าสู่ปอดโดยตรง ความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อที่สูดเข้าร่างกาย ระยะเวลาในการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความรุนแรงของเชื้อ และภูมิต้านทานของผู้สัมผัสโรค[3] การแพร่ระบาดของวัณโรคจะมีความรุนแรงมากขึ้นเกี่ยวเนื่องกับหลายสาเหตุ ทั้งจากการแพร่ระบาดของเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และการเคลื่อนย้ายแรงงาน ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับต่าง ๆ ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อวัณโรคเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น คือ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ[5] ซึ่งจากการศึกษาความชุกของการเกิดวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีความชุกสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ 1.5 - 4 เท่า[6] ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคมีผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทั้งจากอาการแทรกซ้อนของโรคเอง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา บางรายที่มีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ และวัณโรคเป็นโรคติดต่อผู้ป่วยจึงถูกรังเกียจ และไม่ได้ความยอมรับจากคนรอบข้างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต[7] นอกจากนี้วัณโรคยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของประเทศ โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2554 ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้การบริการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรค 240.90 ล้านบาท เป็น 655.03 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2559[8]

การป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดนเป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยสูงกว่าไทย 2-3 เท่า และที่ผ่านมาพบแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น[7] ประเทศไทยเป็นประเทศที่รับแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะประเทศเมียนมาร์ และเมื่อแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทยแล้ว มักจะมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่และเปลี่ยนนายจ้างบ่อยครั้งทำ ให้ยากต่อการติดตามเพื่อการตรวจคัดกรองและการรักษา ทั้งยังเป็นอุปสรรคต่อความพยายามของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ออกตรวจคัดกรองและติดตามวัณโรค ทำให้การควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างด้าวเกิดความสำเร็จต่ำ[9]

ปี พ.ศ.2560 - 2567 พบผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 เฉลี่ยปีละประมาณ 6,000 ราย สำหรับปี 2566 อัตราความครอบคลุมในการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่คิดเป็นร้อยละ 79.39 (เป้าหมายร้อยละ 90) เมื่อแยกรายจังหวัดพบว่าจังหวัดสมุทรสาครมีผลการดำเนินงานดีที่สุด คือ ร้อยละ 156.83 รองลงมาคือ จังหวัดราชบุรี ร้อยละ 71.55 และจังหวัด

กาญจนบุรี ร้อยละ 68.91[4] ซึ่งอุปสรรคสำคัญส่วนหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี คือ มี 5 อำเภอที่มีชายแดนติดกับประเทศเมียนมา เป็นประชากรต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้และไม่มีบัตรประจำตัวใดๆ ที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนเป็นจำนวนมาก เพื่อประกอบอาชีพรับจ้างในสถานประกอบการโรงงาน ภาคเกษตรกรรม ประกอบกับมีช่องทางเข้าออกตามแนวเขตชายแดนหลายช่องทาง ทั้งช่องทางธรรมชาติและช่องทางตามกฎหมาย ทำให้มีการเคลื่อนย้ายและอพยพประชากรต่างด้าวเข้ามาในพื้นที่ และพบการติดเชื้อวัณโรคปอด จึงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และทำให้การค้นหาผู้ป่วยเพื่อป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคเป็นไปได้ค่อนข้างยาก อาจส่งผลให้แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น[10] นอกจากนี้ จังหวัดกาญจนบุรี ยังพบปัญหาในการดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรค ได้แก่ 1. ยังไม่มีแผนปฏิบัติการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ที่มี รพ.สต. ในกำกับ 2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคสูง 3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีการเปลี่ยนแปลง ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งาน 4. มีงบประมาณจำกัดและไม่เพียงพอ[4] ดังนั้น การแก้ไขปัญหาวัณโรคในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยเฉพาะการส่งเสริมการดูแลตนเองและการป้องกันควบคุมวัณโรคปอดของผู้ป่วย วัณโรคปอดไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อวัณโรค ลดปัญหาทางด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การดำเนินการ

1. การเตรียมการ

1.1 จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย เสนอและขออนุญาตศึกษาวิจัยกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พร้อมกับทำการขอจริยธรรมการวิจัยกับคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

1.2 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลทองผาภูมิ และโรงพยาบาลสังขละบุรี ในการเข้าไปศึกษา และดำเนินการตามรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้น

1.3 จัดเตรียมทีมงาน และผู้ช่วยเหลือในการดำเนินการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย บทบาทหน้าที่ และให้ความรู้ในส่วนที่จะต้องดำเนินการของแต่ละบุคคล

1.4 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับ แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลทองผาภูมิ และโรงพยาบาลสังขละบุรี และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในอำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอด่านมะขามเตี้ย อำเภอไทรโยค อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสังขละบุรี ในการระดมสมองเพื่อการดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่

ชายแดน และวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคปอดดังกล่าว

2. ขั้นดำเนินการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ดำเนินการตามหลักการ PAOR 4 ขั้นตอน[11] ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และวางแผนแก้ไขปัญหาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ด้วยการประชุมกลุ่ม (Focus group) แพทย์ พยาบาล และตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อศึกษาปัญหาการดูแล รักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางแก้ไข

2) การปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1) มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุรูปแบบและกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ซึ่งได้ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการชุดเดียวกับการวางแผนในขั้นตอนที่ 1)

3) การสังเกตการณ์ (Observing) ผู้วิจัยดำเนินการนำรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดนไปใช้ และประเมินรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น โดยศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ซึ่งพิจารณาจากความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับ Effect size significance 0.5, α error probability 0.05 (Cohen, 1988) คำนวณด้วยโปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างเป็นโรควัณโรคปอด กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน/กลุ่ม แบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดจาก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลทองผาภูมิ และโรงพยาบาลสังขละบุรี แห่งละ 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 10 คน ต่อโรงพยาบาล การเลือกตัวอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลทองผาภูมิ และโรงพยาบาลสังขละบุรี มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ โดยตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ มีจำนวนเชื้อที่อยู่ในเสมหะ (Sputum AFB) ตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป หรือการตรวจวินิจด้วยอนูชีววิทยา (Molecular testing) ให้ผลบวก 3) ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน และอยู่ในระยะเข้มข้นของการรักษา (ช่วง 1-2 สัปดาห์แรก) 4) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด การมองเห็น 5) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 2 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ในระหว่างการวินิจฉัย ทั้งผู้ป่วยที่โอนย้าย ตามระเบียบการโอนย้ายอย่างถูกต้องหรือผู้ป่วยโอนย้ายการรักษาเอง 2) ไม่ยินดีร่วมมือในการรักษา หรือไม่สามารถอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 2 เดือน

ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ในเรื่องเพศ อายุ และเชื้อชาติ ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง / กลุ่มเปรียบเทียบ โดยไม่ได้บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนา หรือ

รูปแบบการให้บริการแบบเดิม (Single blind) และได้ให้บริการตามรูปแบบการดูแลของแต่ละกลุ่ม

3. ขั้นขยายผล

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี เมื่อดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง แล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขยายผลไปในอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีพื้นที่ชายแดน จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอไทรโยค อำเภอด่านมะขามเตี้ย อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสังขละบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2568 โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน (รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น และรูปแบบเดิม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 7 ข้อ (ใช้ถามก่อนการศึกษาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 18 ข้อ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-18 คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคที่ดี (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) [12] รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด/ทุกครั้ง/ทุกวัน/เป็นประจำ/อย่างเคร่งครัด ตอบระดับนี้ให้ 3 คะแนน ระดับต่อมา คือ มาก/เกือบทุกครั้ง/เกือบทุกวัน/เคร่งครัดพอควร ตอบระดับนี้ให้ 2 คะแนน ระดับต่อมา คือ น้อย/เป็นบางครั้ง/เป็นบางวัน/เคร่งครัดน้อย ตอบระดับนี้ให้ 1 คะแนน และระดับสุดท้าย คือ น้อยที่สุด/ไม่นำไป/ไม่กิน/ไม่เลย/ไม่มา/แล้วแต่โอกาส/ไม่แจ้ง/ไม่งด/น้อยที่สุด/ไม่ใช้/ไม่ทำ/ไม่เคร่งครัดเลย/ไม่สามารถนอนได้ ตอบระดับนี้ให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-54 คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale)[12] รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ทุกวัน / ทุกครั้ง เป็นประจำ นานๆครั้ง และไม่เคยเลย แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นานๆครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-45 คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) [12] รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามความพึงพอใจโดยรวม 1 ข้อ และคำถามความพึงพอใจในแต่ละประเด็น 14 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มาก ปานกลาง น้อย และไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้

คะแนน 0 คะแนน (ใช้ถามหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ)

2.2 แบบบันทึกผลการตรวจเสมหะ ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา (2 เดือน) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำแบบประเมินทั้งหมดที่สร้างขึ้นมา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรควัณโรค ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการวิจัย พิจารณาความตรงในเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง = 0.73 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.81 และแบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด = 0.88 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test, paired simple t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Scheffe

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พิจารณาและได้ผ่านการรับรองตามหนังสือ EC.NO. 38/2567 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ที่ได้ดำเนินการพัฒนา มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การให้ความรู้และคำแนะนำ ดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์แรกโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้รับความรู้จากพยาบาลและเภสัชกรเรื่องการใช้ยา การป้องกันการแพร่เชื้อ พร้อมวางแผนติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดก่อนจำหน่าย

2) ผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรคจัดนัดตรวจซ้ำและประสาน รพ.สต./อสม. ติดตามกลุ่มเสี่ยงให้มาคัดกรองภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการเสริมพลังอำนาจผ่านการให้ความรู้ตามทฤษฎีกิบสัน

1.2 ระบบ DOT แบบหลายระดับ ในเดือนแรกใช้ระบบตรวจสอบการกินยาผ่าน 2 ช่องทาง 1) รพ.สต. บันทึกข้อมูลในระบบ NTIP 2) อสม./อสต. ใช้เทคโนโลยีเช่น LINE หรือวิดีโอคอล ตรวจสอบ พร้อมเยี่ยมบ้านตามความจำเป็น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาตามหลักฐานการศึกษาที่พบว่าการ DOT ช่วยลดการแพร่เชื้อได้ 14%

1.3 การเสริมพลังผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 มีการโทรติดตามเชิงลึกโดยพยาบาลเพื่อวิเคราะห์อุปสรรคเฉพาะบุคคล ให้คำแนะนำปรับพฤติกรรมผ่านช่องทางดิจิทัล ใช้ล่ามภาษาสำหรับกลุ่มต่างด้าว ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเสริมพลัง 4 ขั้นตอนของกิบสัน

1.4 การสื่อสารสุขภาพสองภาษา ภายใน 2 เดือนผลิตสื่อภาษาไทย-เมียนมาร์ใน 7 หัวข้อหลัก เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การใช้ช้อนกลาง (ลดเสี่ยงติดเชื้อ 32%) การจัดสภาพอากาศถ่ายเท (ลดการ

แพร่เชื้อ 40%) พร้อมแจกแผ่นพับและคลิปวิดีโอสาธิต

1.5 การประเมินผลมาตรฐาน ครบ 2 เดือน ดำเนินการ ตรวจเสมหะซ้ำประเมินผลการรักษา ประสานเครือข่ายเฝ้าระวังเชิงรุก เพื่อติดตามประสิทธิภาพโครงการตามแนวทาง NTIP

1.6 การคัดกรองประชากรข้ามชาติ ร่วมมือกับ อบจ.กาญจนบุรีและโรงพยาบาลในพื้นที่ จัดตรวจสุขภาพก่อนทำงานสำหรับต่างด้าว ส่งเสริมการซื้อประกันสุขภาพและคัดกรองวัณโรค ซึ่งช่วยลดอุบัติการณ์โรคลงได้ 18% ตามข้อมูลพื้นที่ชายแดน

2. ประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.0 รองลงมาอายุ น้อยกว่า 40 ปี 40 – 49 ปี และ 50 – 59 ปี ร้อยละ 32.0 20.0 และ 12.0 ตามลำดับ มีเชื้อชาติเมียนมาร์ ร้อยละ 22.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.0 ศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.หรือสูงกว่า และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.0, 20.0 และ 18.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 20.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.0, 22.0 และ 12.0 ตามลำดับ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ถึงร้อยละ 50.0 ส่วน**กลุ่มเปรียบเทียบ** ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.0 รองลงมาอายุ น้อยกว่า 40 ปี 40 – 49 ปี และ 50 – 59 ปี ร้อยละ 36.0 16.0 และ 10.0 ตามลำดับ มีเชื้อชาติเมียนมาร์ ร้อยละ 22.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.0 ศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.หรือสูงกว่า และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.0, 28.0 และ 24.0 ตามลำดับ มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 14.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 40.0, 40.0 และ 14.0 ตามลำดับ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ถึงร้อยละ 62.0

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ตัวแปรควบคุมในเรื่องเพศ อายุ และเชื้อชาติ ตลอดจนปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม) มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) จึงเหมาะสมต่อการนำไปศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเอง

2.2 การเปรียบเทียบรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน

1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

3) ผลการตรวจเสมหะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 2.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 16.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของผลการตรวจเสมหะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การได้รับรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาทำให้เกิดผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคได้น้อยกว่าการได้รับรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031)

1.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ร้อยละ 82.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในแต่ละประเด็นในระดับมาก มากกว่าร้อยละ 80.0 ยกเว้นในเรื่องความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรมความรู้ ความสามารถของผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 78.0, 76.0 และ 66.0 ตามลำดับ

1.4 การวิเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติในการนำไปใช้ พบว่า รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมี**จุดเด่น** คือ

1) มีการติดตามค้นหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในแต่ละราย และให้ความ**รู้** คำแนะนำถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่ถูกต้อง จนผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2) มีสื่อ เช่น Clip วิดีโอ หรือเอกสารแผ่นพับที่เหมาะสมทั้งประชาชนไทย และเมียนมาร์ ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามได้

3) มีการจัดให้มีการตรวจสุขภาพของประชากรต่างด้าวก่อนการรับเข้าทำงาน อีกทั้งส่งเสริมประชากรต่างด้าวให้ซื้อสิทธิ ในการประกันสุขภาพต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการคัดกรองและค้นหาผู้ที่เป็นวัณโรค และได้รับทำการรักษา ทำให้ลดการแพร่กระจายของการติดโรคของประชาชนและแรงงานต่างด้าวได้มากขึ้น

4) มีการเสริมพลัง ให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดการรับประทานยา และดูแลตนเองให้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการแสดงถึงความห่วงใย ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

1.5 ข้อควรระวังในการนำไปใช้

1) ในการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนานี้ ต้องมีการติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้อง

2) ในการรักษาวัณโรคต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

3) การจัดให้มีการตรวจสุขภาพของประชากรต่างด้าวก่อนการรับเข้าทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะสกัดกั้นไม่ให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มาแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จึงต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง และร่วมมือกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรีและหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ที่ประชุมได้ให้ความเห็นว่า เป็นรูปแบบที่ควรนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน เพราะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดการแพร่กระจายวัณโรคได้ และทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจ

มากกว่ารูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ดังนั้น จึงมีมติให้นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน ไปใช้ที่โรงพยาบาลที่มีเขตพื้นที่ชายแดน และพิจารณาขยายไปใช้กับ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี แล้วให้ประเมินผลดูพร้อมปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

1.6 การขยายผล การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี ได้มีการขยายผลไปในอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีพื้นที่ชายแดน จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอไทรโยค อำเภอด่านมะขามเตี้ย อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสังขละบุรี ซึ่งผลการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินการ โดยรวมร้อยละ 57.4 และก่อนการดำเนินการ โดยรวมร้อยละ 82.0

2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก

3) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก

4) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

5) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการดำเนินงานระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

6) ผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังการดำเนินงาน สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรีได้ ร้อยละ 100.0

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของวัณโรค และการส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยง 3) การเสริมพลังในการดูแลตนเอง 4) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการรักษาและการดูแลตนเองทั้งภาษาไทยและภาษาเมียนมาร์ 5) การติดตามประเมินผลการรักษา 6) การจัดให้มีการตรวจสุขภาพของประชากรต่างด้าวก่อนการรับเข้าทำงาน และส่งเสริมให้ซื้อการประกันสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างจากรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองที่ไม่มีการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การมีสื่อที่เหมาะสมในสร้างการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย และไม่มีการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย จึงทำให้เกิดประสิทธิผลที่ต่างกัน โดยมีประสิทธิผลที่ดีน้อยกว่า

ทั้งนี้ รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนานี้ ในการให้ความรู้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัว / พฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความตระหนัก และใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เพราะความรู้เป็นปจจัยที่มีอิทธิพลตอพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการปองกันโรค [13] นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จนครบระยะเวลาของการรักษา โดยการทำ DOT (Directly-Observed Treatment) หรือการสังเกตการรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยง จะสามารถทำให้มั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยวัณ

โรคได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง จนครบตามระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ตามแนวทางการรักษาในปัจจุบันซึ่งจะทำให้มีโอกาสจะหายขาดได้สูง และยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา[14] การเสริมพลังในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะโรคนี้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และในบางคนอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยา การเสริมสร้างพลังจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีพลังในตนเองเพิ่มขึ้น และรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง สามารถนำความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมาใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณาตัดสินเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับตนเองได้มาก และปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] ซึ่งพื้นที่ชายแดนจะมีประชาชนเมียนมาร์เข้ามาทำงาน ในกรณีผู้ที่ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี นอกจากการให้ความรู้ในขณะการตรวจหรืออยู่ในโรงพยาบาล อาจมีเวลาจำกัด การรับรู้หรือการทำความเข้าใจอาจจะได้รับไม่เพียงพอ ควรจะต้องมีสื่อต่าง ๆ ไปสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ สื่อนั้นก็จะต้องถ่ายทอดเป็นภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ จึงจะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการป่วยด้วยวัณโรคปอด ดังนั้น สื่อต่าง ๆ ก็มีความสำคัญที่ต้องจัดให้มีแก่ผู้ป่วย และเมื่อทำการรักษาได้ 2 เดือนแล้ว ก็จะต้องติดตามประเมินผลการรักษาดูว่าได้ผลหรือไม่ ถ้าได้ผล การตรวจเสมหะหรือตรวจด้วยวิธีการอื่น ก็จะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่ถ้ายังพบก็ต้องหาสาเหตุและปรับการดูแลรักษาให้เหมาะสม ท้ายที่สุด ก็ต้องดำเนินการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และทำการรักษาด้วย จึงจะควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดหรือแพร่กระจายของเชื้อโรค ไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น จึงจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคได้ผล ซึ่งรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนานี้ เมื่อพิจารณาแล้วจะมีการดำเนินการที่ครบวงจรทั้งในส่วนบุคคล และกลุ่มบุคคล

ผลของรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีประสิทธิผลที่ดี โดยทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และดีมากกว่าการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองแบบเดิม ผลการตรวจเสมหะก็พบเชื้อวัณโรคน้อยกว่าการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองแบบเดิม และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองตามรูปแบบที่พัฒนา เกิดความพึงพอใจในระดับมากถึงร้อยละ 82.0 ทั้งนี้ รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง โดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยจากข้อเท็จจริง มีความเข้าใจในผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจ โดยเฉพาะในระยะแรกของการรักษา มีการติดตามเป็นระยะ เป็นการสร้างความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ และเสริมพลังให้กับผู้ป่วย[16] ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม และรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และหากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ก็จะค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองตลอดจนตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคได้มาก และมากกว่าการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองแบบเดิม

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 82.0 สามารถอธิบายได้จากการมีกิจกรรมการให้ความรู้ การดูแลให้รับประทานยาต่อหน้า การเสริมพลัง ให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย และเกิดผลต่อผู้ป่วนในทางที่ดี ดังนั้น รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่

พัฒนาขึ้นใหม่ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจมากอยู่ในเกณฑ์ที่สูง มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรยุทธ เอียยะบุตร[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค โดยการเรียนรู้ข้อมูล การให้ความรู้ และการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตนเองอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เรื่องโรควัณโรคเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจในระดับสูง

และเมื่อการขยายผลการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี ได้มีการขยายผลไปในอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีพื้นที่ชายแดน จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอไทรโยค อำเภอด่านมะขามเตี้ย อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสังขละบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินการ โดยรวม ร้อยละ 57.4 และก่อนการดำเนินการ โดยรวม ร้อยละ 82.0 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการดำเนินงาน ระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังการดำเนินงาน สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีถิ่นอาศัยในเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดกาญจนบุรีได้ร้อยละ 100.0 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุรยุทธ เอียยะบุตร[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล การให้ความรู้ และสุขศึกษา กิจกรรมส่งเสริมการสร้างการรับรู้ กิจกรรมส่งเสริมการเกิดทักษะในการป้องกันโรค กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันและฝึกปฏิบัติ และกิจกรรมการปฏิบัติตนเองอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรควัณโรคสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของเกิดวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันเกิดวัณโรค และการจัดการอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาลิตา เจริญสุข, พิษณุรักษ์ กันทวี[18] ศึกษาการพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยโรควัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ผลการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรควัณโรคปอด แบ่งเป็นหัวข้อย่อย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ผลลัพธ์ของการประเมินในหัวข้อที่กล่าวมาข้างต้นอยู่ในระดับการรับรู้ที่ต้องปรับปรุง (Mean=1.86, SD=0.60) และพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโรควัณโรค

ปอดและผู้สัมผัสร่วมบ้านตามแผนความชื่อด้านสุขภาพ มีผลลัพธ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง (Mean=2.39, SD=0.67) ผลการเปรียบเทียบของรูปแบบการให้สุขศึกษาในการแก้ปัญหาพฤติกรรม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย พบว่า การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีเกณฑ์พัฒนาจากในระดับการรับรู้ที่ต้องปรับปรุง (Mean=1.87, SD=0.61) เป็นระดับพอใช้ (Mean=2.90, SD=1.52) และการประเมินทางด้านพฤติกรรมการป้องกัน พบว่า ภายหลังการใช้สุขศึกษาได้ผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมที่ดีกว่า (Mean=3.74, SD =0.44) ก่อนให้การศึกษา

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาล (5 แห่ง) ที่มีเขตพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ ให้นำรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดไปพิจารณาใช้เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุมโรควัณโรค

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ดำเนินการตามรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบท และความเป็นไปได้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในแต่ละคน

2. ต้องมีการติดตามค้นหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในแต่ละราย และให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่ถูกต้องของผู้ป่วย จนผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความเป็นจริงตามบริบทของผู้ป่วย

3. ในการรักษาวัณโรคต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

4. ให้ใช้สื่อในการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสม เช่น Clip วิดิโอ หรือเอกสารแผ่นพับกับการสื่อสารที่เหมาะสมทั้งของคนไทย และเมียนมาร์ โดยเฉพาะในส่วนของ Clip วิดิโอ น่าจะทำให้เกิดความเข้าใจและเรียนรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคที่ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มี Smart phone ก็ให้ใช้เอกสารแผ่นพับ หรือสื่ออื่น ๆ ที่เหมาะสม

5. แต่ละโรงพยาบาลควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพของประชากรต่างด้าวเชิงรุกในชุมชนที่มีประชากรต่างด้าวอยู่รวมกันหนาแน่น หรือก่อนการรับเข้าทำงาน ตลอดจนในการตรวจสุขภาพประชากรต่างด้าวที่สิทธิในการประกันสุขภาพต่าง ๆ ถ้าตรวจแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ก็ให้ทำการตรวจคัดกรองโดยการตรวจเสมหะและหรือถ่ายภาพ X-ray เพื่อลดการแพร่ระบาดของการติดโรควัณโรคในพื้นที่ชายแดน ของประชาชนและแรงงานต่างด้าวได้มากขึ้น

6. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ควรจัดให้มีการเสริมพลัง เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดการรับประทานยา และดูแลตนเองให้ถูกต้อง ให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศักยภาพของผู้ดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิผล

2. ควรติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา จากการขยายผลการนำไปใช้เต็มพื้นที่ ของโรงพยาบาลในแต่ละแห่งและโดยรวม

3. ควรศึกษาประสิทธิผลรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนา โดยการประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ไม่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศเมียนมาร์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Global Tuberculosis Report 2022. (online) Available from: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022 (Retrieved February 10, 2025)
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). การสื่อสารเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาผู้สัมผัส วัณโรค. (ออนไลน) เข้าถึงได้จาก https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/12287 (สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568)
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. คณะอนุกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค เขตสุขภาพที่ 5. (2567). รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค เขตสุขภาพที่ 5 วันพุธที่ 5 มิถุนายน 2567.
5. อะเคื้อ อุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2560) การดำเนินการ อุปสรรคและความต้องการของโรงพยาบาลในประเทศไทยในการป้องกันการแพร่กระจาย วัณโรค. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(4): 529-539.
6. Uden, L., Barber, E., Ford, N., & Cooke, G. S. (2017). Risk of tuberculosis infection and disease for health care workers: An updated meta-analysis. Infectious Diseases Society of America. 4(3): 1-7.
7. ชนาสิน วรนุช และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อำเภอชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 28(1): 42-52.
8. Nawaphan M. (2017). Scoping review for understanding tuberculosis situation in migrant labors in Thailand. Journal of Health Systems Research. 11(4): 1-16.
9. นวพรรณ เมธชนัน. (2560). รายงานผลการทบทวนข้อมูลเพื่อความเข้าใจสถานการณ์วัณโรค ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(4); 608-623.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. (2567). ปัญหาการควบคุม ป้องกันวัณโรคพื้นที่ชายแดน. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี.
11. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
12. Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate.
13. Becker T. A (1989). supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung. 18: 46-55.
14. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
15. วสมัญญา มุขอาษา. (2558). การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
16. World Health Assembly. (2016). Strengthening integrated, people-centre health services. WHA. 69(24): 20-30.
17. สุรยุทธ เอียยะบุตร. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลหนองแสง. (รายงานวิจัย)
18. ปาลิตา เจริญสุข, พิษณุรักษ์ กันทวี. (2564). การพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยโรควัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงรายประเทศไทย. เชียงรายเวชสาร. 13(1): 164-180.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Factors contributing to the development of renal failure in patients with type 2 diabetes.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

โกลัญญา ต่างวิวัฒน์[1] วรากร คำน้อย[2]
Kolanya Tangwiwat[1] Warakorn Kamnoy[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาลท่าหลวงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 3 ธันวาคม 2567 จำนวน 344 คน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยปัจจัยเดียว และปัจจัยร่วม

ผลการศึกษา: จากจำนวนผู้ป่วย 344 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่จำนวน 263 ราย (76.45%) มีอายุเฉลี่ย 65.38 ± 11.89 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.71± 4.92 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 26.74 ± 5.71 kg/m^2 มีโรคร่วมส่วนใหญ่จากความดันโลหิตสูงจำนวน 164 ราย (47.67%) รองลงมาไขมันในเลือดสูงจำนวน 98 ราย (28.48%) มีภาวะไตวายระยะที่ 1 64 ราย (18.60%) ระยะที่ 2 124 ราย (36.04%) ระยะที่ 3 132 ราย (38.37%) ระยะที่ 4 จำนวน 6 ราย (1.74%) ระยะที่ 5 จำนวน 18 ราย (5.23%) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุ >60 ปี, ค่าดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และ ระดับ HbA1C เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะไตวาย, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This retrospective study aimed to study the factors of renal failure in patients with type 2 diabetes. The study included 344 patients with type 2 diabetes who received treatment as inpatients and outpatients at Tha Luang Hospital between January 1, 2020 and December 3, 2024. Descriptive statistics were analyzed and the relationship between various factors was analyzed using single factor analysis and covariates.

Results: Out of 344 patients, the majority were female, with 263 cases (76.45%). The average age was 65.38 ± 11.89 years, the average duration of diabetes was 8.71 ± 4.92 years, and the average body mass index (BMI) was 26.74 ± 5.71 kg/m^2. The most common comorbid condition was hypertension, with 164 cases (47.67%), followed by hyperlipidemia with 98 cases (28.48%). Kidney failure stages were as follows: Stage 1 - 64 patients (18.60%), Stage 2 - 124 patients (36.04%), Stage 3 - 132 patients (38.37%), Stage 4 - 6 patients (1.74%), and Stage 5 - 18 patients (5.23%). Analysis of factors affecting kidney failure in type 2 diabetes patients revealed that age > 60 years, BMI, duration of diabetes, and HbA1C levels were statistically significant factors associated with the development of kidney failure ($p<0.05$).

Keywords: Kidney failure, Type 2 diabetes patients.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลท่าหลวง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งปัญหาของโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชากรโลก และระบบการบริการสุขภาพ สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 537 ล้านรายในปี พ.ศ. 2564 (International Diabetes Federation, 2021) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 437.9 ล้านราย (ร้อยละ 81.5) คิดเป็นอัตราความชุกปรับมาตรฐานอายุเท่ากับ 5,282.9 ต่อ แสนประชากร และมีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 18.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 - 2564 ร้อยละ 49 และ ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ[1] นอกจากนี้สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2588 ผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านราย หรือ เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 46[2] ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โรคเบาหวาน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานสูงมาก ขึ้นร้อยละ 316 ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยใน ปี พ.ศ. 2564 พบว่าทั่วโลกมีค่ารักษาพยาบาลอยู่ที่ 966 พันล้านเหรียญสหรัฐ[3]

กระทรวงสาธารณสุข เผยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2565 พบปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[4] จากการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 24 ประเทศทั่วโลก พบว่า ในระยะเวลา 3 ปี ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 31.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคความผิดปกติ ของเส้นประสาทและภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 16.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ[5] จากสถานการณ์ทั่วโลก พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[6] เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย พบว่าอัตราความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานมีมากที่สุด (ร้อยละ 38.3) รองลงมา คือ ทางตา (ร้อยละ 23.7) และทางเท้า (ร้อยละ 15) ตามลำดับ[7]

ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetes Kidney Disease, DKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และยังนำไปสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Kidney Disease, ESKD) โดยสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 34) รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ 14)[8] สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทุกคน พบประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อาทิ ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วน (Mohamed et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ร่วมกับระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม การมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ก็เป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[9]

จากสถานการณ์ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางไตรวมถึงการเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความ

พิการ การเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมทั้งทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือวางแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาลท่าหลวง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 3 ธันวาคม 2567 จำนวน 3,265 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาลท่าหลวงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 3 ธันวาคม 2567 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) มีประวัติมาตรวจติดตามการรักษาโรงพยาบาลท่าหลวง 1 ปีขึ้นไป 4) มีข้อมูลการตรวจค่า serum creatinine ใน ระยะเวลา1 ปีที่ผ่านมา

เกณฑ์คัดออกจากศึกษา 1) มีข้อมูลการตรวจค่า serum creatinine ใน ระยะเวลา1 ปีที่ผ่านมา 2) มีโรคไตร่วมจากสาเหตุอื่น เช่น นิ่วในไต โรคถุงน้ำในไตชนิดหลายถุง (Polycystic kidney) และโรค เอสแอลอี (Systemic lupus nephritis)

ขนาดตัวอย่าง จากการใช้สูตรคำนวณโดยใช้สูตรคำนวร (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2 = 3.84$ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 3,265 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติ

วิเคราะห์หาข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ การป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Univariate analysis และวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 73/2567

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าหลวงตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 3 ธันวาคม 2567 จำนวน 344 ราย เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ จำนวน 263 ราย (76.45%) มีอายุเฉลี่ย 65.38 ± 11.89 ปี ระยะเวลา

การเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.71± 4.92 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 26.74 ± 5.71 kg/m^2 มีโรคร่วมส่วนใหญ่จากความดันโลหิตสูงจำนวน 164 ราย (47.67%) รองลงมาไขมันในเลือดสูงจำนวน 98 ราย (28.48%) ระดับความดันเฉลี่ยของ SBP 135.85 ± 15.58 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันเฉลี่ยของ DBP 80.16 ± 14.08 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของ Fasting plasma glucose 165.95 ± 75.48 mg/dl, HemoglobinA1C 7.85 ± 2.26 %, Uric acid 6.84 ± 3.24 mg/dl, BUN 15.73 ± 9.76 mg/dl, Serum creatinine 1.05 ± 0.93 mg/dl, Total cholesterol 154.73 ± 70.28 mg/dl, LDL-cholesterol 107.79 ± 36.86 mg/dl, Triglycerides 167.45 ± 102.77 mg/dl, Albumin urine 39.82 ± 43.64 mg/dl (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีภาวะไตวายระยะที่ 1 จำนวน 64 ราย (18.60%) ระยะที่ 2 จำนวน 124 ราย (36.04%) ระยะที่ 3 จำนวน 132 ราย (38.37%) ระยะที่ 4 จำนวน 6 ราย (1.74%) ระยะที่ 5 จำนวน 18 ราย (5.23%) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ >60 ปี (OR=3.7, 95%CI=1.32-8.24) ค่าดัชนีมวลกาย (OR=1.46, 95%CI=0.89-2.34) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (OR=2.26, 95%CI= 1.83-6.54) ระดับไขมันในเลือด HDL (OR=2.14, 95%CI=1.39-6.87) ระดับ HbA1C (OR=2.97, 95%CI= 1.59-3.49) และเมื่อวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย พบว่า อายุ >60 ปี, ค่าดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และ ระดับ HbA1C เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการศึกษา Mean ± S.D. (min-max)
Fasting plasma glucose (mg/dl)	165.95 ± 75.48 (51-388 mg/dl)
HemoglobinA1C (%)	7.85 ± 2.26 (4.5-16.3%)
Uric acid (mg/dl)	6.84 ± 3.24 (3.2-12.4 mg/dl)
BUN (mg/dl)	15.73 ± 9.76 (4.0-67.0 mg/dl)
Serum creatinine (mg/dl)	1.05 ± 0.93 (0.38-15.14 mg/dl)
Total cholesterol (mg/dl)	154.73 ± 70.28 (120-458 mg/dl)
LDL-cholesterol (mg/dl)	107.79 ± 36.86 (32-234 mg/dl)
HDL-cholesterol (mg/dl)	48.20 ± 13.62 (29-88 mg/dl)
Triglycerides (mg/dl)	167.45 ± 102.77 (40-669 mg/dl)
Albumin urine ((mg/dl)	39.82 ± 43.64 (18-360 mg/dl)
eGFR พื้นฐาน (ml/min/1.73m^2)	110.31±19.16 (15-154 ml/min/1.73m^2)

ตารางที่ 2 แสดงระยะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Stage	eGFR (mL/min/1.73m^2)	จำนวน (ร้อยละ)
1	GFR ≥ 90 ml/min/1.73 m^2 with evidence of kidney damage	64 (18.60)
2	GFR 60-89 ml/min/1.73 m^2 with evidence of kidney damage	124 (36.04)
3	GFR 30-59 ml/min/1.73 m^2	132 (38.37)
4	GFR 15-29 ml/min/1.73 m^2	6 (1.74)
5	GFR < 15 ml/min/1.73 m^2 or dialysis-dependent	18 (5.23)
	รวม	344 (100.00)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio (95%CI)	p-value
อายุ >60 ปี	3.98 (2.09-11.85)	0.00*
ค่าดัชนีมวลกาย	1.28 (1.99-5.24)	0.04*
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	2.05 (1.01-4.36)	0.00*
ระดับ HbA1C	3.23 (2.32-12.04)	0.02*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.45%) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ศึกษา คือ 65.38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกตุแก้ว จันทร์จำรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์[10] ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.1%) อายุส่วนใหญ่ของกลุ่มที่ศึกษา คือ 66 ปี อยู่ในช่วง 58-75 ปี สอดคล้องกับชวนชม เทพสุคนธ์[11] ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(54.6%) และอายุเฉลี่ย 57.6 ± 11.0 ปี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 7.85% ซึ่งสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560[12] แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ดีพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ตา เท้า ไต ระบบ ประสาท หัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น[13]

จากการศึกษานี้พบภาวะไตวายระดับ 3 มากที่สุด (38.37%) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของเกตุแก้ว จันทร์จำรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์ ซึ่งพบอุบัติการณ์ 45.5% และบดินทร์ จักรแก้ว ซึ่งพบอุบัติการณ์ 48.27% ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่ Sheffield Kidney Institute ของ Nagi Altemtam และคณะ[14] ซึ่งพบอุบัติการณ์ 34.8% มากกว่าการศึกษาในเขตภาคใต้ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 29.4[15] และการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่ พบมีความชุกร้อยละ 30.0[16] แสดงให้เห็นถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตที่มีปริมาณสูง จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต รวมทั้งการพัฒนาบริการระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ การพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพเชิงรุก รวมทั้งการเพิ่มนโยบายคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต

เมื่อวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย พบว่า อายุ >60 ปี, ค่าดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และ ระดับ HbA1C เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่า

ในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน สาเหตุอาจเนื่องมาจาก เมื่ออายุมากขึ้น การทางานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีความเสื่อมลง รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของไตจะลดลง อายุที่เพิ่ม

มากขึ้นขนาดและจานวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ตลอดเลือดมาเลี้ยงไตลดลงด้วย หากผู้ป่วยไม่ควบคุมพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร จะเกิดความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น และไตอาจมีภาวะเสื่อมตามอายุอยู่แล้ว การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ahmed MA. และคณะ[17] ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่างจากการศึกษาของ Gunzler และคณะ[18] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดโรคไตคือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ระดับแอลบูมินในปัสสาวะ ปกติ และไม่มีโรคไตจากเบาหวานในครอบครัว

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเกิดโรคไตวายได้ 2.05 เท่า สอดคล้องกับหลายศึกษา เช่นการศึกษาของ จิรวัฒน์ สีตื้อ พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานมานานโดยเฉพาะมากกว่า 20 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 9.70 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กรอง จันทร์เปรมปรี[19] พบระยะการเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 10 ปี เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง 1.49 เท่า จากการศึกษาของสายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 6-10 ปี, 11-15 ปี และมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก 2.10 เท่า, 3.68 เท่า และ 7.47 เท่า ตามลำดับ และ ณัฐณิชา สอื้นรัมย์และคณะ[8] พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มากกว่า 42 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 1.19 เท่า

การมี BMI ที่มากมีผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้น โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งการมีไขมันสะสมในอวัยวะภายในซึ่งทำให้ไตถูกกดเบียด ส่งผลให้เกิดการดูดซึมกลับของโซเดียมที่ไตเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการตอบสนองโดยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในไต ไตต้องทำงานหนักจนทำให้หน่วยไตเกิดความเสียหายในที่สุด และทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา กลไกเหล่านี้จะยิ่งทำให้ไตเสียหายมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอว (waist circumference) เพิ่มขึ้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงโดยเพศหญิงที่มีเส้นรอบเอวมากกว่า 102 ซม. และเพศชายที่มีเส้นรอบเอวมากกว่า 88 ซม. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายมากขึ้นเกือบ 2 เท่า[20] และยังพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณโปรตีนในปัสสาวะที่เพิ่มขึ้น[21] ขณะที่บางปัจจัย เช่น ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดไม่พบความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยทุกรายได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นอย่างดีตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการสนับสนุนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต กระตุ้นให้บุคลากรชุมชน ตระหนักถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เน้นการให้ความรู้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตแบบเข้มงวด การให้ HL เพื่อช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุ บุคคลที่มี BMI มากหรือ น้อยเกินไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนของตนเองตั้งแต่ระยะแรก

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เนื่องจากการใช้ชีวิตในปัจจุบันมีการเข้าถึงยา อาหาร และวิถีชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลอื่นที่เป็นตัวแปรด้านพฤติกรรมและนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.Safiri, S., Nejadghaderi, S. A., Karamzad, N., Kaufman, J. S., Carson-Chahhoud, K., Bragazzi, N. L., et al. (2022). Global, Regional and National Burden of Cancers Attributable to High Fasting Plasma Glucose in 204 Countries and Territories, 1990-2019. Frontiers in Endocrinology, 13, 879890.

2.Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., et al. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice, 183, 109119.

3.International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas - 10th edition. https://diabetesatlas.org

4.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 https://ddc. moph. go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc

5.Arnold, S. V., Khunti, K., Tang, F., Chen, H., Cid-Ruzafa, J., Cooper, A., et al. (2022). Incidence rates and predictors of microvascular and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes: Results from the longitudinal global discover study. American Heart Journal, 243, 232-239. Aikaeli et al., 2022

6.Aikaeli, F., Njim, T., Gissing, S., Moyo, F., Alam, U., Mfinanga, S. G., et al. (2022). Prevalence of microvascular and macrovascular complications of diabetes in newly diagnosed type 2 diabetes in low-and-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PLOS Global Public Health, 2(6)

7.Potisat, S., Krairittichai, U., Jongsareejit, A., Sattaputh, C., & Arunratanachote, W. (2013). A 4-year prospective study on long-term complications of type 2 diabetic patients: the Thai DMS diabetes complications (DD.Comp.) project. Journal of the medical association of Thailand, (6), 637-643.

8.ณัฐณิชา สอื้นรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, ปรารถนา สถิตย์วิภาวี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566; 16(4): 159-170.

9.บดินทร์ จักรแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอาเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2567;18(1): 16-29.

10.เกตุแก้ว จันทร์จำรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์. การสำรวจความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2559; 44(1): 08-21

11.ชวนชม เทพสุคนธ์ และทิโมธี อี โอไบรอัน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลน่าน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2557; 47(2): 118-124.

12.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.

13.อรพินท์ สีขาว. ภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558.

14.Nagi Altemtam, Jean Russell, Meguid El Nahas.A study of the natural history of diabetic kidney disease (DKD). Nephrol Dial Transplant ;27(5):1847-54.

15.อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว และงามจิต คงทน. (2560). ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 31(1), 73-82.

16.จิรวัฒน์ สีตื้อ. ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทางานของไตลดลง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2562, 27(2), 1-15.

17.Ahmed MA, Kishore G, Khader HA, Kasturirangan MN. Risk factors and management of diabetic nephropathy. SJKDT. 2013; 24: 1242-7.

18.Gunzler D, Bleyer AJ, Thomas RL, et al. Diabetic nephropathy in a sibling and albuminuria predict early GFR decline: a prospective cohort study. BMC Nephrol. 2013;14:124.

19.กรอง จันทร์เปรมปรี. ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ของโรงพยาบาลด่านช้าง สุพรรณบุรี. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2564;18(3): 225-237.

20.Hall ME, Carmo JM, Silva AA, Juncos LA, Wang Z, Hall JE. Obesity, hypertension, and chronickidneydisease. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2014; (7): 75–88.

21.Herrington WG, Smith M, Bankhead C, Matsushita K,StevensS, Holt T. et al. Body-mass indexandriskof advancedchronickidneydisease:Prospective analyses from a primary care cohort of 1.4 million adults in England. Plos One. 2017; 12(3): 1-15.

ความชุก และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย

Prevalence and factors influencing the occurrence of stroke in young hypertensive patients.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

วศินันท์ พลพืชน์[1]
WASINAN PHOLPHUECH[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ โลจิสติกในการวิเคราะห์ปัจจัยเดี่ยว และปัจจัยร่วม

ผลการศึกษา: ความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย พบร้อยละ 18.89 อายุเฉลี่ยในผู้ป่วยเพศชาย 39.42±3.87 ปี ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 39.14±3.21 ปี กลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้าน อาชีพ โรคประจำตัว และระดับ BMI เมื่อเปรียบความชุกกับต่างประเทศและในประเทศน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย พบว่า เพศชาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยอายุน้อย

Abstract

This retrospective study aimed to study the prevalence and factors affecting the occurrence of stroke in young patients with hypertension. The sample group consists of hypertension patients with stage 1 or higher who received treatment at Ban Mi Hospital from October 1, 2020, to September 30, 2024. A total of 180 patients were included. Data collected included personal characteristics and clinical information. Data analysis was performed using descriptive statistics, chi-square, and logistic regression to analyze single factors and joint factors.

Results: The prevalence of stroke in young hypertension patients was found to be 18.89%. The average age of male patients was 39.42 ± 3.87 years, and for female patients, it was 39.14 ± 3.21 years. There were differences between the normal group and the stroke group in terms of occupation, comorbidities, and BMI. When comparing the prevalence with studies from both domestic and foreign countries, the prevalence in this study was lower than studies abroad. Factors influencing the occurrence of stroke in young hypertension patients were found to be male gender, smoking, alcohol consumption, and diabetes, which significantly affected the occurrence of stroke in young hypertension patients (P<0.05).

Keywords: Stroke, Hypertension, Young Patients

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากกว่า 5.7 ล้านคน พบในแถบเอเชียประมาณ 2.1 ล้านคน[1,2] โดยทั่วไปโรคหลอดเลือดสมองมักพบในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ แต่สามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (stroke in the young) แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิด (incidence) จะน้อยกว่าก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่อายุน้อย (stroke in young adults) คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดในกลุ่มอายุ 15-45 ปี หรือไม่เกิน 50 ปี นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ใหญ่วัยต้นและวัยกลางคนเสียชีวิต พิการ และ สูญเสียปีสุขภาวะ[3] ผู้ใหญ่วัยต้นชาวไทย (<35ปี) มีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว ร้อยละ 1.8 และ 3.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 5.0 และ 7.7 ตามลำดับ ในวัยกลางคน อายุ 35-45 ปี โดยอัตราอุบัติการณ์และความชุก น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับประชากรชาวเอเชียใต้ และประชากรทั่วโลก[4] ปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น พบว่าเป็น กลุ่มปัจจัยเดียวกันกับที่พบในผู้ใหญ่วัยปลาย อายุตั้งแต่ 50 ปี และผู้สูงวัย อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่จำนวนปัจจัยเสี่ยงและอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดที่พบในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น มีรายงานทั้งที่พบน้อยกว่ามากกว่าและไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่วัยปลายและผู้สูงวัย แม้ว่าผู้ป่วยอายุน้อยจะมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก รวมทั้งมีการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เร็วกว่า และมีความพิการหลงเหลือน้อยกว่า แต่เมื่อติดตามในช่วง 1 ปี จนถึง 10 ปีแรก ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงจากสาเหตุโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (major adverse cardiovascular event [MACE]) ได้แก่ การเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับผู้ใหญ่วัยปลายและสูงอายุ โดยการเกิด MACE สัมพันธ์กับเสี่ยงหลายชนิด ผู้ป่วยอายุน้อยมีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจทุกชนิดรวมกัน ในช่วงระยะเวลา 10 ปีแรก ร้อยละ 54 ซึ่งสูงกว่าวัยกลางคน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี และกลุ่มอายุ 55-64 ปี ถึงร้อยละ 20 และ 7 ตามลำดับ การติดตามระยะยาวในผู้ป่วยอายุน้อยพบว่าผู้ป่วยชายมีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำปีละ 3.04 คน และในผู้หญิง 2.52 คนต่อประชากรร้อยคน โดยอัตราเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำลดลงประมาณร้อยละ 60[5] บางรายงานพบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลายมีอัตราเสี่ยงการเกิดเป็นซ้ำต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย แต่ไม่แตกต่าง กับผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 ที่ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงเดิมอยู่ และแนวโน้มอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำสูงใกล้เคียงกับผู้ป่วยทุกช่วงวัย

การป้องกันและลดความเสี่ยงของ MACE ในผู้ป่วยอายุน้อยให้ได้ผลนั้น จึงต้องจัดการลดปัจจัยเสี่ยง ที่จำเพาะตามกลุ่มวัย การศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และการสูบบุหรี่ ทำให้ MACE เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย และในผู้ป่วยอายุน้อยมีงานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยในประเด็นเรื่องการฟื้นสภาพ สาเหตุทางพยาธิสภาพ และปัจจัยเสี่ยงอย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัดของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาเลือกแนวทางการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย[6]

จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2566 ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ **จังหวัดลพบุรี** มีผู้ป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมองจำนวน 1,802 คน เป็นผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอายุ 15-45 ปี จำนวน 186 คน โดยพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.97 จากปัญหาการเสียชีวิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรในอำเภอบ้านหมี่ แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล จึงเป็นที่มาและเหตุผลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการทราบและเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ระดับ 1 ขึ้นไปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้แก่ 1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุ 15-45 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 3. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว Hct, Hb, Cholesterol, Triglycerides, LDL, HDL, FBS, ระดับความดันโลหิต (SBP, DBP) สถานะการจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 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})

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย พบจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 18.89 โดยพบในเพศชายจำนวน 21 คน (ร้อยละ 61.76) เพศหญิง จำนวน 13 คน (38.24) อายุเฉลี่ยในผู้ป่วยเพศชาย 39.42±3.87 ปี ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 39.14±3.21 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่จำนวน 28 คน (82.35%) อาชีพรับจ้างจำนวน 16 (47.05) ระดับ BMI เฉลี่ย 25.34±3.87 กก./ม.^{2}ซึ่งกลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้าน อาชีพ โรคประจำตัว และระดับ BMI เมื่อเปรียบความชุกกับต่างประเทศและในประเทศน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการศึกษาอื่น

Country	Age rang	Simple size	Stroke
Saudi Arabia	15-45	70	30.0
USA	15-44	428	13.3
South Korea	15-45	149	26.8
Taiwan	15-45	241	24.5
Iran	15-45	124	81.0
Qatar	15-45	40	5.0
Spain	15-45	272	26.0
Morocco	18-45	128	14.2
H Tejada Meza et.al	18-45	786	12.3
Jom Suwanno et.al	15-45	323	10.30
Sugipichcha et.al	15-45	145	5.37

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย เมื่อวิเคราะห์คราวละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (AF) การใช้ยาแอสไพริน (ASA) การใช้ยา Simvastatin ระดับ Hct Cholesterol, Triglyceride, HDL, Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure และเมื่อวิเคราะห์

ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio (95%CI)	p-value
Male	2.74 (1.28-28.75)	0.001*
Smoking	1.23 (0.97-11.32)	
Alcohol drinking	3.84 (0.12-12.37)	0.037*
DM	2.09 (1.24-32.01)	0.003*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย พบจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 18.89 เมื่อเปรียบความชุกกับต่างประเทศและในประเทศน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งการศึกษานี้พบในเพศชาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 61.76) เพศหญิง จำนวน 13 คน (38.24) ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาอื่น[7,8,9] ส่วนด้านอายุเฉลี่ยในผู้ป่วยเพศชาย 39.42±3.87 ปี ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 39.14±3.21 ปี มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ H Tejada Meza et.al โดยเริ่มพบโรคหลอดเลือดสมองในอายุเฉลี่ย 38.21 ปี

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย พบว่า เพศชาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสอดคล้องกับที่พบในการศึกษาวิจัยอื่นๆ [7,8,10,11]อาจเป็นผลจากการวิจัยนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยที่เป็นวัยทำงานและมีภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลาย ทำให้มีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยทั้งหมด และอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.06 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีเท่าเพศหญิง เช่น ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ cholesterol การลดระดับของ high density lipoprotein เพิ่มการหลั่งของ catecholamine และปริมาณของ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย บุหรี่ยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้เกือบสองเท่า เนื่องจากบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ทำให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะไฟบริโนเจนเพิ่มขึ้นทำให้โอกาสเกิดลิ่มเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ ยังมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและสารคาร์บอนมอนอกไซด์มีผลในการลดจำนวนออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรี สาริกานนท์[12] และ มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ[13]

สำหรับปัจจัยเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้มีอัตราสูงกว่ารายงานอื่น[14] เนื่องจากว่าเป็นกลุ่มวัยทำงานมีกลุ่มสังสรรค์หลังเลิกเงินเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าเทศกาลใดจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหลัก โดยการศึกษาในต่างประเทศกล่าวว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มที่ดื่มมากในปริมาณ 2-4 ดริ้งค์ต่อวัน (drink per day) หรือดื่มหนักในปริมาณมากกว่า 4 ดริ้งค์ต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ โดยค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ เท่ากับ 1.08 (95% CI 1.01-1.15) และ 1.14 (95% CI 1.02-1.28) ตามลำดับ ส่วนการดื่มในปริมาณเล็กน้อยและปานกลางนั้น ไม่เพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง[14]

และจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.09 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา เช่น Tun NN และคณะ[15] พบความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยโรคเบาหวาน 3.2 เท่า (95%CI 2.4-3.9) Alloubani Aและคณะ[16] 2.3 (95%CI 2.0-2.6) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่มากขึ้น การดูแลรักษาโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสมจึงมีผลต่ออัตราการป่วย และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

จากปัจจัยโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ล้วนเกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแยกตามระดับความเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลคืนให้กับหน่วยงาน และชุมชน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง พัฒนาศักยภาพของชุมชนในการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยอายุน้อย ลด เลิกบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อนำมาพัฒนาการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กนกศรี สมินทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564; 37(3): 6-14.
2. อาคม อารยาวิชานนท์. โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซ็ท; 2556
3. มัญชุมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. 2019; 18 (1): 59-74.
4. World Health OrganizationHealth statistics and health information systems. Available at (http://www.who.int/ healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html). Accessed September 26; 2020.
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. Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Giannakeas V, Fang J, Kapral MK. Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2017;48(4):
900-6.
7. 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
8. Osei1 E, Fonville S, Zandbergen AAM , Koudstaal PJ, Dippel DWJ, den Hertog HM. Impaired fasting glucose is associated with unfavorable outcome in ischemic stroke patients treated with intravenous alteplase. J Neurol 2018;265:1426-31.
9. Mapoure YN, Ba H, Ayeah CM, Kenmegne C, Luma HN, Njamnshi AK. Acute stroke patients with newly diagnosed diabetes mellitus have poorer outcomes than those with previously diagnosed diabetes mellitus. J Stroke Cerebrovasc Dis 2018; 27:2327-35.
10. H. Tejada Meza et.al Epidemiology and characteristics of ischaemic stroke in young adults in Aragon. Neurología. 2022;37:434—440
11. Groppo E, De Gennaro R, Granieri G, Fazio P, Cesnik E, Granieri E, et al. Incidence and prognosis of stroke in young adults: a population-based study in Ferrara, Italy. Neurol Sci. 2012;33:53-8.
12. จักรี สาริกานนท์. ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2567; () :
13. มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในพื้นที่จังหวัดยโสธร. 2564. https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5
14. Larsson SC, Wallin A, Wolk A, Markus HS. Differing association of alcohol consumption
with different stroke types: a syatematic veview and meta-analysis. BMC Med 2016;14(1):193.
15. Tun NN, Arunagirinathan G, Munshi SK, Pappachan JM. Diabetes mellitus and stroke: a clinical update. World J Diabetes 2017;8:235-48.
16. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke. Diabetes Metab Syndr 2018;12:577-84

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Associated with Dengue Prevention Behaviors Among Village Health Volunteers in Song Phi Nong District, Suphanburi Province.

(Received: March 17,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง[1]
Kaveewat Phosrithong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-section Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ระบาด อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเวลาหนึ่ง กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปฏิบัติงานในตำบลที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก พ.ศ.2566 สูงเกินค่ามัธยฐาน 5 ปี (2561-2565) ของอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 โดยใช้แบบสอบถามการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 ส่วน ส่วนที่สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง ปัจจัยด้านทรัพยากร ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และส่วนที่สะท้อนด้านพฤติกรรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 9.96 จาก 15 คะแนน) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงในระดับสูง รวมถึงมีความคาดหวังในประสิทธิภาพและความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านทรัพยากรมีความเพียงพอในระดับสูง (45.00%) แต่การใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (43.93%) ด้านการปฏิบัติตามบทบาท พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (60.29%) โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ส่วนการจัดทำข้อมูลข่าวสารเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง ($r = 0.44$) และปัจจัยด้านทรัพยากร ($r = 0.11$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ในขณะที่ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.47$) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับรายได้และระยะเวลาเป็นอาสาสมัครไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ 59% ($R^2 = 0.59$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ การรับรู้และความคาดหวัง (Beta = 0.44) รองลงมาคือ ทรัพยากร (Beta = 0.11) และ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = -0.47)

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), การป้องกันโรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมสุขภาพ, ความพร้อมของทรัพยากร , การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine factors associated with dengue prevention behaviors among village health volunteers (VHVs) in outbreak areas of Song Phi Nong District, Suphan Buri Province. The study population comprised VHVs working in sub-districts with dengue incidence rates in 2023 exceeding the 5-year median (2018–2022). Data were collected during January–February 2025 using a structured questionnaire consisting of six sections. The questionnaire covered personal factors, knowledge about dengue, perceptions and expectations, resource availability, enabling factors, and dengue prevention behaviors. Descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression were employed, with a significance level set at 0.05.

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตำบลสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

The results revealed that most participants had a moderate level of knowledge about dengue (mean score: 9.96 out of 15), and high levels of perceived severity, susceptibility, and self-efficacy regarding dengue prevention. Resources were sufficiently available (45.00%), but innovation use was moderate (43.93%). The overall dengue prevention behavior was at a moderate level (60.29%), with source reduction being the most practiced activity and information dissemination the least. Pearson correlation analysis showed that perceptions and expectations ($r = 0.44$) and resource availability ($r = 0.11$) were positively correlated with prevention behaviors, whereas social support ($r = -0.47$) was negatively correlated, all with statistical significance ($p < 0.05$). Income level and duration of VHV service had no significant association with behaviors. Stepwise multiple regression analysis indicated that perceptions and expectations ($\beta = 0.44$), resources ($\beta = 0.11$), and social support ($\beta = -0.47$) were significant predictors, accounting for 59% of the variance in prevention behaviors ($R^2 = 0.59$)

Keywords: Village Health Volunteers, Dengue Prevention, Health Behavior, Resource Availability, Social Support

บทนำ

โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ปัจจุบันมีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอนช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีทั้งการระบาด แบบปีเว้นปี ปีเว้นสองปี หรือปีเว้นสามปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง จากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 38 รวมทั้งสัดส่วนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกี ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดย DENV-2 ที่เป็นชนิดเด่น เริ่มลดลง ดังนั้น จึงมีโอกาสที่ DENV-3 และ DENV-4 จะเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการระบาดได้ เนื่องจากประชาขนส่วนใหญ่ อาจไม่มีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธ์ดังกล่าว จึงมีโอกาสเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นได้[1]

กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังคงอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี) ในขณะที่กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายสูงกว่าเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ควรจะเป็น (เป้าหมายอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.10) เนื่องจากผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้เมื่อป่วยเป็นไข้เลือดออกจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ไตวาย ที่รักษาได้ยาก นอกจากนี้ผู้ใหญ่ส่วนมาก เมื่อมีอาการป่วยมักซื้อยารับประทานเอง หรือไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง ทำให้การตรวจหาสาเหตุ และได้รับการรักษาที่เหมาะสมในโรงพยาบาลล่าช้าเกินไป หรือบางรายไปรักษาครั้งแรกที่คลินิกเอกชน ซึ่งอาจได้รับยาฉีดประเภท NSAIDs หรือ Steroid ทำให้มีอาการรุนแรงและเลือดออกมากขึ้น จากผลข้างเคียงของการได้รับยาดังกล่าว

การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านที่ส่งเสริมกัน ทั้งปัจจัยด้านบุคลากร (People wareเทคโนโลยีซอฟต์แวร์ (Software) และเครื่องมือ (Hard ware) และอาศัยการบูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายต่างๆ ให้ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นนำด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นสื่อกลางประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน[4,5] จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ[6,7] อันจะเป็นต้นแบบของการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพแก่ชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ระบาด อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ระบาด อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง

(Descriptive Cross-section Study) ศึกษาโดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม ในช่วงมกราคม – มีนาคม 2568

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีรายชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ในปีพ.ศ. 2566 ทั้งหมด 1,977 คน ใน 15 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านช้าง ตำบลบางตาเถร ตำบลดอนมะนาว ตำบลบางเลน ตำบลศรีสำราญ ตำบลบางตะเคียน ตำบลบ่อสุพรรณ ตำบลหนองบ่อ ตำบลต้นตาล ตำบลสองพี่น้อง ตำบลทุ่งคอก ตำบลหัวโพธิ์ ตำบลบางพลับ ตำบลบ้านกุ่ม และตำบลเนินพระปรางค์ ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีรายชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ในปี พ.ศ. 2566 และอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ปีพ.ศ.2566 เกินค่ามัธยฐาน 5 ปี (2561-2565) จำนวน 742 คน ใน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านช้าง ตำบลบางตาเถร ตำบลดอนมะนาว ตำบลศรีสำราญ ตำบลหนองบ่อ และตำบลต้นตาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน รวมทั้งหมด 108 ข้อ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านทรัพยากร 4.1 ความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ 4.2 ทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 4.3 การใช้นวัตกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 5 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3. ติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจงแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยตอบแบบสอบถามจาก Google Form ตามสิงค์ที่ส่งเข้ากลุ่ม Application Line ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

5. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

6. ขั้นสรุปผลการดำเนินงาน หลังการวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำผลการศึกษาวิจัยเผยแพร่ในวารสารต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบการถดถอยทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข COA No.03/2568 REC No.06/2568 ในวันที่ 13 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 280 คน เป็นเพศหญิง 228 คน (81.43%) และเพศชาย 52 คน (18.57%) อายุ อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี และอายุน้อยที่สุด 21 ปี ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (231 คน, 82.50%) และอยู่ในช่วงอายุ 46-50 ปี (59 คน, 21.07%) สถานภาพสมรส: ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (175 คน, 62.50%) การศึกษา:ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (101 คน, 36.07%) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี อาชีพ: ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (109 คน, 38.93%) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง อาชีพส่วนตัว/ค้าขาย แม่บ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้: ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-15,000 บาท (165 คน, 58.93%)

2. ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับความรู้: ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (65.35%) รองลงมาคือระดับสูง (32.85%) และระดับน้อย (1.78%) คะแนนเฉลี่ย: 9.96 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.96) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด: โรคไข้เลือดออกมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด: อาการไข้ที่ลดลงในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแสดงว่าอาการทุเลาหรือหายแล้วแน่นอน

3. ข้อมูลด้านปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (135 คน, 48.2%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (117 คน, 50.72%) และระดับต่ำ (28 คน, 10.00%) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (205 คน, 73.2%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (66 คน, 23.6%) ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (199 คน, 71.07%) รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ ความคาดหวังในความสามารถ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (191 คน, 68.21%) รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ การรับรู้มาตรการป้องกัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (231 คน, 82.50%) รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ

4. ข้อมูลด้านปัจจัยด้านทรัพยากร ความเพียงพอของทรัพยากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (126 คน, 45.00%) รองลงมาคือระดับกลาง (109 คน, 38.93%) และระดับต่ำ (45 คน, 16.07%) ทักษะการใช้ทรัพยากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (218 คน, 77.86%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (61 คน, 21.79%) การใช้นวัตกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (123 คน, 43.93%) รองลงมาคือระดับต่ำ (103 คน, 36.79%) และระดับสูง (54 คน, 19.29%)

5. ข้อมูลด้านปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (218 คน, 77.86%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (61 คน, 21.27%) และระดับต่ำ (1 คน, 0.36%) การเข้าร่วมรณรงค์ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

6. ข้อมูลด้านการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (208 คน, 60.29%) รองลงมาคือระดับสูง (134 คน, 38.84%) และระดับต่ำ (3 คน, 0.87%) คะแนนเฉลี่ย 36.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.09) การปฏิบัติสูงสุด การเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การปฏิบัติน้อยที่สุด: การจัดทำข้อมูลข่าวสารและสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชน

7.ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ของระดับรายได้ ระดับระยะเวลาในการเป็น อสม. ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) แสดงให้เห็นว่ามีเพียงบางตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระดับความสัมพันธ์เล็กน้อย ได้แก่

ระดับรายได้ ระดับระยะเวลาในการเป็น อสม. ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง ปัจจัยด้านทรัพยากร และระดับความสัมพันธ์สูง ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

8. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อตัวแปรตามคือ ปัจจัยการรับรู้และความคาดหวัง (Beta = 0.44) ตามด้วยปัจจัยด้านทรัพยากร (Beta = 0.11) และ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = -0.47) ซึ่งมีอิทธิพลเชิงลบ ตัวแปรอื่นๆ เช่น ระดับรายได้และระยะเวลาเป็น อสม. ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ โมเดลนี้มีความเหมาะสมในการทำนายตัวแปรตาม โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ 59%

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ระบาด อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ในกลุ่มตัวอย่าง 280 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค: ระดับปานกลาง (9.96/15) แต่มีช่องว่างในการรับรู้อาการไข้ลดลง การปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (60.29%) เน้นกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ปัจจัยหลักการรับรู้และความคาดหวัง (Beta = 0.44) และ ทรัพยากร (Beta = 0.11) สัมพันธ์ทางบวก แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = -0.47) สัมพันธ์ทางลบ โมเดลอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมได้ 59% ($R^2 = 0.59$)[8-10] การรับรู้และความคาดหวัง เป็นปัจจัยหลัก สอดคล้องทฤษฎี PMT ที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยงและประสิทธิภาพมาตรการ[12, 13] แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางลบ อาจเกิดจากความคาดหวังที่เกินจริงหรือการสื่อสารไม่ชัดเจนระหว่างชุมชนและหน่วยงาน ทรัพยากรเพียงพอแต่ใช้นวัตกรรมน้อย ชี้ให้พัฒนาทักษะการประยุกต์เทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การปรับรูปแบบการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับอายุและอาชีพหลักของ อสม. พร้อมกระจายภาระงานให้สอดคล้องกับประสบการณ์และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

ความรู้โรคไข้เลือดออก การยกระดับความรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง พร้อมแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการโรคเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง

การรับรู้และความคาดหวัง ใช้กรณีศึกษาเหตุการณ์ระบาดเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค และเชื่อมโยงกับบทบาทเชิงรุกของ อสม.

ทรัพยากร จัดสรรวัสดุอุปกรณ์ (เช่น ทรายทีมีฟอส สเปรย์กำจัดยุง) ตามบริบทพื้นที่ พร้อมส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อพัฒนานวัตกรรมต้นทุนต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคม สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน-หน่วยงานสาธารณสุข และเสริมแรงจูงใจผ่านการยกย่องผลงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยในพื้นที่ระบาดและไม่ระบาด เพื่อออกแบบมาตรการป้องกันแบบเฉพาะบริบทพัฒนาโปรแกรมเชิงกึ่งทดลองที่บูรณาการการรับรู้มาตรการป้องกัน การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้โดยได้รับความช่วยเหลือและความร่วมมือจากหลายท่าน ในการนี้ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ นายแพทย์พลภัทร สุลีสถิระ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ที่ได้กรุณาอนุญาตให้เข้าถึงและใช้ข้อมูล สถิติด้านระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณนายแพทย์อภิชาต วชิระปราการพงษ์ รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐม

ภูมิ-ทติยภูมิ ที่ได้คอยช่วยเหลือให้กำลังขอขอบพระคุณ นายประพันธ์ ใยบุญมี สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ตลอดจนเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านช้าง ตำบลบางตาเถร ตำบลดอนมะนาว ตำบลศรีสำราญ ตำบลหนองบ่อ และตำบลต้นตาล อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอขอบคุณ นางสาวนภารัตน์ บัวสีใส่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. (2563). สถานการณ์โรคติดต่อนำโดยยุงลาย และการประเมินความเสี่ยงต่อการระบาดในปี 2564. [ออนไลน์]
2. สุวิช ธรรมปาโล และคณะ.(2564). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ.2564. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัทอักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทย.
5. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). หลักสูตรฝึกกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสขุ (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
6. จักรพันธ์ เพชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
7. ประไพจิตร ชุมแวงวางปี. (2553). สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น.
8. จันทิมา เหล็กไหล, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2560). ปัจจัยการณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่ตำบล ธรรมามูล อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
9. จ้าลอง แววกระโทก, สำเริง แหยงกระโทก, และชุภาศิริ อภินันท์เดชา. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับบทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งแดง อำเภอ ขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครราชสีมา: วิทยาลัย นครราชสีมา.
10. บุญส่ง มั่นสัตย์รักสกุล , และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพในการเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตำบลท่าบัว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย นเรศวร.
11. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และปัทมา รักเกื้อ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ.
12. วิจิตรา ดวงขยาย. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการ ป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.สบบง อ.ภูซาง จ. พะเยา. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้ง ที่ 6 .กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
13. วินัย พันอ้วน, จิติมา กตัญญู, และวันทนีย์ ชวพงค์. (2562). ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารพิฆเนศวร์สาร.
14. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. (2557). การศึกษาสภาพการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม.
15. ภคอร โจทย์กิ่ง. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.
16. วลัยนารี พรมลา. (2559). การมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านใหม่ในการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอสองพี่น้อง จ.ปทุมธานี. วารสารราชการ สถานบัน เทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ.

ผลของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล
The effectiveness of a computerized endoscopy report recording program on the quality of nursing records.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

เฉลิมวัฒน์ เสือลอย[1] ยุทธนา นุ่นละออง[2]
Chalermwat Sualoy[1] Yutdhana Nunlaong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรและโรงพยาบาลสรรคบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) คู่มือการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ และแบบสอบถามพึงพอใจในการใช้โปรแกรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยของการบันทึกทางพยาบาลต่อผู้รับบริการ 1 ราย ด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่าการเขียนบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *(p < .05)* โดยการบันทึกด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 0.65 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 และการบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 12.37 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.29 นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45

คำสำคัญ โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์, คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

This study was quasi experimental research design with the aim of studying the effect of a computerized endoscopy report recording program on the quality of nursing records. The sample consisted of all registered nurses working in the operating room. Jainad narendra Hospital and Sankburi Hospital. 30 The tool used in the research is a computer endoscopy report recording program. (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) User Manual Computerized endoscopy report recorder, Self-Awareness Questionnaire in Use of Computerized Endoscopy Report Recordeing, Questionnaire on the quality of nursing records using a computerized endoscopy report recording program and a questionnaire on satisfaction with the use of the program. All tools have been vetted for content compliance by qualified experts. The statistics used in the data analysis were percentage, mean, standard deviation, and test statistics.

The results showed that: Comparison of the average time of nursing records per patient with the program JNE Report It takes less time to write notes with a format. Paper base statistically significant at the level of .05. (p < .05) by recording with the program. JNE Report The average time is 0.65 minutes, the standard deviation is 0.42, and the recording with the format Paper base The average time is 12.37 minutes,

[1] โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
[2] โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท Corresponding author

with a standard deviation of 9.29 In addition, it was found that: The subjects had the highest overall satisfaction with the use of the endoscopic report recording. It has an average of 4.73 and a standard deviation of 0.45

Keywords Computerized Endoscopy Report Recording Program, Nursing Record Quality Abstract

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสื่อสารทางการพยาบาล และเป็นการสร้างมาตรฐานและคุณภาพทางการพยาบาล เป็นเอกสารกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การบันทึกการพยาบาลยังเป็นเอกสารสำคัญที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ที่คำนึงถึงความปลอดภัย และจริยธรรมทางการพยาบาล การพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาล การบันทึกการพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล[1] บันทึกการพยาบาลเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล ซึ่งการเขียนบันทึกจะต้องมีความถูกต้องชัดเจนเข้าใจง่าย เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องมีแบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ[2] บันทึกทางการพยาบาลสะท้อนถึงคุณภาพและมาตรฐานในการดูแสรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ครบถ้วน และต่อเนื่องและสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมาย บันทึกทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง[3] ซึ่งตามประกาศสภา การพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 มาตรฐานที่ 5 ได้กำหนดมาตรฐานในการบันทึกและรายงานการพยาบาล ประกอบด้วยข้อกำหนด 4 ข้อดังนี้

1. บันทึกการพยาบาล ต้องมีข้อมูลสำคัญ 4 ส่วน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลภายหลังปฏิบัติการพยาบาล

2. ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่ถูกต้องเป็นจริงและมีความต่อเนื่อง

3. บันทึกและรายงานการพยาบาล สามารถใช้สื่อสารในทีมการพยาบาลและระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง

4. มีการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ในต่างประเทศ พบว่าเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และการบันทึกการพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์ได้มีการนำมาใช้ในกระบวนการพยาบาลอย่างแพร่หลายทั่วโลก และเป็นที่ยอมรับของพยาบาลทั่วโลก เช่น จากการศึกษาการับรู้ประโยชน์ของการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในพยาบาลประเทศจอร์แดน จำนวน 1,539 คน จาก 15 โรงพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ และมีความง่าย สะดวกในการใช้ และให้การยอมรับในการใช้การบันทึกการพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์[4] จากการศึกษารายงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องผลจากการนำการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ โดยศึกษาจากรายงานวิจัยจำนวน 33 เรื่อง ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2019 พบว่าผลลัพธ์ที่เด่นชัด คือ การลดระยะเวลา[5] นอกจากนั้นยังเกิดผลลัพธ์ที่ พึงประสงค์อื่น ๆ ได้แก่ เป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อการรักษาระหว่างทีมสุขภาพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลของพยาบาล ลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย และลดต้นทุนการให้บริการสุขภาพ[6] การบันทึกการพยาบาลประกอบด้วย การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่ การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการก่อนทำการผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ หลังจากการทำการผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ การเขียนบันทึกการพยาบาลขณะผู้รับบริการได้รับการ

ดูแลรักษาในพอผู้รับบริการการเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาที่หน่ายงานอื่น การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการถึงแก่กรรม การบันทึกตามกระบวนการและกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ต้องมีการจัดทำระบบการบันทึกโดยมีแบบฟอร์มของการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมตามบริบทองค์กร[7] การบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด เป็นกระบวนการที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสามารถสะท้อนถึงคุณภาพทางการพยาบาลในทุกระยะการผ่าตัดทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญประการหนึ่ง พยาบาลต้องบันทึกข้อมูลสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติหรือสังเกตทางการพยาบาล ตลอดจนผลลัพธ์จากการปฏิบัติการบันทึกและจัดการข้อมูลที่มีจำนวนมากให้มีประสิทธิภาพนั้นสามารถส่งผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลและการติดตามผล ในทางตรงข้ามการบันทึกทางการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพอาจทำให้ข้อมูลทางการพยาบาลที่สำคัญสูญหาย ส่งผลเสียต่อความร่วมมือในการทำงานและผู้ป่วยอาจได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพได้[8]

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เปิดให้บริการผ่าตัดและตรวจพิเศษส่องกล้องการส่องกล้อง (endoscopy) คือ การตรวจพิเศษทางการแพทย์อย่างหนึ่ง โดยใช้กล้องส่อง (endoscope) ส่องเข้าไปภายในร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นขั้นตอนหนึ่งที่แพทย์ใช้ตรวจสภาพภายในลำไส้ใหญ่เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือเนื้องอกอันตรายที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งในผู้ที่มีสุขภาพดี นอกจากนี้การส่องกล้องยังอาจใช้เพื่อวินิจฉัยอาการอุจจาระเป็นเลือด หรืออาการของระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ เช่น อาการปวดหรือการทำงานของลำไส้ที่เปลี่ยนไป เดิมการเขียนบันทึกการพยาบาลและจัดเก็บข้อมูลในการส่องกล้องตรวจของงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พยาบาลจะบันทึกทางพยาบาลและคัดลอกผลทางคลินิกจากแพทย์ลงในแบบฟอร์มกระดาษ (paper-based) พบว่าบางครั้งลายมือแพทย์อ่านยาก ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกข้อมูล การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนั้นยังพบว่าลายมือพยาบาลอ่านยาก การบันทึกเอกสารหลายฉบับที่มีรูปแบบการบันทึกซ้ำกันทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการจัดการกับเอกสารมากขึ้น ไม่มีที่จัดเก็บสำเนาเอกสาร มีความยุ่งยากในการค้นหาเอกสารที่จัดเก็บไว้ และนำข้อมูลออกมาใช้ได้ยาก ซึ่งปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับจันทร์ทิรา เจียรณัย[9] ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมผลการรายงาน เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ชนิด paper based พบว่า ผลการประเมินจากสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2550-2552 ของ พบว่ามีปัญหา คือ 1.บันทึกไม่ครบสมบูรณ์ตามความจำเป็นในการใช้ 2. บันทึกไม่ต่อเนื่อง 3. ใช้วิธีการบันทึกหลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 4.เขียนศัพท์ทางการแพทย์ (medical terminology) ไม่ถูกต้อง 5. ไม่เป็นปัจจุบัน 6. ขาดการบูรณาการกระบวนการพยาบาลไปในการบันทึก 7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก ทำให้ตรวจสอบไม่ได้

มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 ได้เขียนถึงข้อดีและข้อเสียของบันทึกทางการพยาบาล ชนิด paper based ว่า การบันทึกข้อมูลลงกระดาษมีข้อดีคือ บันทึกได้โดยง่าย ทำได้โดยใช้เพียงปากกาเขียนลงกระดาษ ไม่ต้องใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ แต่ก็มีข้อเสียของการบันทึกข้อมูลลงกระดาษ ได้แก่ มีโอกาสสูญหายหรือข้อความเลอะเลือนได้โดยง่าย ลายมือบางคนอ่านไม่ออก การทำสำเนากระดาษเก็บไว้มีต้นทุนสูงกว่ารูปแบบอื่น[10] จากปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลชนิด paper based จึงทำให้ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลเริ่มนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดเก็บบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดกระทำข้อมูลประมวลผลข้อมูลอย่างเป็นระเบียบแบบแผนอัน

นำมาซึ่งข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดความรวดเร็วและสะดวก[11] ในขณะที่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์(electronic medical records :EMR) เป็นนวัตกรรมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบใช้ทดแทน เวชระเบียนในรูปแบบกระดาษซึ่งมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้มากกว่าร้อยละ 40.28 คุณลักษณะเด่นของของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ คือ สามารถแบ่งปันข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจของแพทย์พยาบาล ทำให้มีเวลาเพื่อการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันมีหลายบริษัทที่ออกแบบนวัตกรรมโปรแกรมสำเร็จรูปในเพื่อช่วยในการบันทึกผลการส่องกล้องดังกล่าวและนำมาเสนอให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ทดลองใช้ พยาบาลและแพทย์มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสำเร็จรูปอย่างมาก แม้ว่าโปรแกรมสำเร็จรูปจะช่วยจัดเก็บข้อมูลได้ดีแต่ก็มีราคาสูง ยังต้องเสียค่าบำรุงรักษา 30,000-50,000 บาท/ปี หรือหากต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขรูปแบบโปรแกรมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับแก้ทุกครั้ง นอกจากโปรแกรมสำเร็จรูปของบริษัทมีราคาสูงแล้ว การใช้โปรแกรมของบริษัทจะต้องมีการปรับปรุงระบบ (Update version) ผ่านทางระบบอินเตอร์เน็ต และมีความเสี่ยงต่อการรั่วไหลของข้อมูลของผู้รับบริการ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบันทึกรายงาน คุณภาพบันทึกรายงาน เวลาที่ใช้ในการบันทึกรายงานการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ระหว่างก่อนและหลังทดลองและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์หลังทดลองและคาดหวังว่าจะส่งผลให้การพยาบาลส่องกล้องในห้องผ่าตัดและการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยดีขึ้นและเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ระหว่างก่อนและหลังทดลอง
2. เปรียบเทียบคุณภาพบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ระหว่างก่อนและหลังทดลอง
3. เปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ระหว่างก่อนและหลังทดลอง
4. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์หลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

การใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาล คุณภาพบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์หลังใช้โปรแกรมดีขึ้น เวลาที่ใช้ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ลดลงและความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับดีมาก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบทดลองขั้นต้น (Pre-experimental research design) พื้นที่ศึกษาได้แก่ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสรรคบุรี ระยะเวลาที่ทำการวิจัย เริ่มวันที่ 15กุมภาพันธ์ 2567 สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยนาท

นเรนทร จำนวน 23 คน และโรงพยาบาลสรรคบุรี จำนวน 7 คน รวมจำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างเลือก โดยการสุ่มแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าไว้ศึกษา 1) เป็นพยาบาลวิชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด อย่างน้อย 1 ปี 2) มีความรู้ ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์เบื้องต้น

เกณฑ์คัดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ในการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 17 ข้อ มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนน เท่ากับ 1-5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแนว Likert, 1967 [9] ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองมากที่สุด

1.3 แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น คุณภาพด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นระบบและการนำไปใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย จำนวน 9 ข้อ ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้อง จำนวน 9 ข้อ และด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 2 ข้อ มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนน เท่ากับ 1-5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแนว Likert, 1967 [9] ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับคุณภาพน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับคุณภาพน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับคุณภาพปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับคุณภาพมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับคุณภาพมากที่สุด

1.4 แบบบันทึกเวลาในการใช้ในการลงบันทึกทางคลินิกด้วยตนเอง เป็นแบบคำถามให้เติมข้อมูลในช่องว่าง มีหน่วยเป็นนาที

1.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบของโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนน เท่ากับ 1-5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแนว Likert, 1967 [9] ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ซึ่งการบันทึกข้อมูลทางพยาบาลด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้อง โดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้บันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดและจัดทำขึ้น สำหรับจัดเก็บข้อมูลและหลักฐานจากการมารับบริการส่องกล้อง ในส่วนของพยาบาลที่จะทำการบันทึก มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้ 1) log in รหัสเข้าสู่ตัวโปรแกรม 2) พิมพ์ HN แล้วค้นหา จะขึ้นข้อมูลของผู้ป่วยอัตโนมัติ ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ HN AN หอผู้ป่วย วันที่ทำการส่องกล้อง 3) ใส่ข้อมูล Pre-diagnosis และ4) ลงรายการบันทึก ดังนี้ สัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, การหายใจ , ชีพจร) เวลาเริ่ม-สิ้นสุดการส่องกล้อง ชื่อแพทย์ผู้ทำการส่องกล้อง ชื่อสมาชิกทีมพยาบาลผ่าตัด/ส่องกล้อง (Scrub nurse, Circulate nurse) วิธีการระงับความรู้สึก ชื่อแพทย์และพยาบาลวิสัญญี

2.2 คู่มือการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

1. การเข้าระบบ (log in)

2. การเลือกโปรแกรมหัตถการส่องกล้องที่จะทำการบันทึก

3. การลงบันทึกทางการพยาบาล

4. การสืบค้นทะเบียนผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม การตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) มีค่าเท่ากับ 0.75–1.00 นำเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Cronbach Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ และแบบสอบถามพึงพอใจในการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.94 , 0.92 และ0.97 โดยแบบสอบถามในภาพรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.943

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ เพื่อความ ยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ระยะดำเนินการทดลองโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง การดำเนินการทดลองและเก็บเก็บรวบรวมข้อมูล และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการศึกษาวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาท

นเรนทร ผ่านการรับรองเลขที่ 05.1/2567 วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 45-49 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษา ส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.3 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางห้องผ่าตัด (ปริศัลยกรรม) คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 56.7 ความรับผิดชอบหลักเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 86.7 และมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.7 ตามลำดับ

2. การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีความความมั่นใจในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) บันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องก่อนได้รับการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรม มีความมั่นใจโดยรวมในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 และหลังได้รับการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรม มีความมั่นใจโดยรวมในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43

3.เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีความมั่นใจภายหลังการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์(JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.33 และก่อนการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 15.13

4. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเมื่อนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลทำให้คุณภาพโดยรวมของบันทึกทางการพยาบาล ด้านสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เรื่องการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นระบบและการนำไปใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 โดยการประเมินในหัวข้อช่วยลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างแพทย์กับพยาบาล, มีระบบแจ้งเตือนให้ใส่ข้อมูลในช่องที่เป็นข้อมูลสำคัญ และรูปแบบของบันทึกการพยาบาลช่วยลดปริมาณการใช้กระดาษ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันสูงสุดเท่ากับ 4.80และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41, 0.41 และ 0.48 ตามลำดับ ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 และด้านบริหารการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51

5. การเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการลงบันทึกทางคลินิกในรูปแบบ Paper base กับการบันทึกด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) พบว่า การบันทึกทางพยาบาลต่อผู้รับบริการ 1 ราย ด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่าการเขียนบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการบันทึกด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 0.65 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 และการบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 12.37 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.29

6. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์(JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้โปรแกรมภายหลังการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.33 และมีความมั่นใจในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) บันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องก่อนได้รับการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรม มีความมั่นใจโดยรวมในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 และหลังได้รับการสอนและสาธิตการใช้โปรแกรม มีความมั่นใจโดยรวมในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 อธิบายได้ว่า โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องมีกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ประกอบด้วยหัวข้อ วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ ขั้นตอนและวิธีการใช้ โดยใช้คู่มือประกอบการให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ โดยให้ตัวแบบ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ห้องผ่าตัด ซึ่งมีประสบการณ์และพบความสำเร็จจากการใช้โปรแกรมเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้โดยการสาธิต และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ฝึกปฏิบัติเพื่อให้พบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการกำหนดโจทย์สถานการณ์ จำนวน 3 สถานการณ์ โดยมีระดับความยาก จากระดับง่าย ปานกลางและยาก ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองปฏิบัติจากระดับง่าย ไประดับปานกลางและยาก ตามลำดับ และมีการให้การเสริมแรงเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมทั้งสร้างกลุ่ม line application เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลอง จึง

สรุปได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดความรู้ กระตุ้นการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความมั่นใจในการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report: Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) บันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับจันทร์ทิรา เจียรณัย[10] ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล นำร่องในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์ พบว่าโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาลเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานในการบันทึก ซึ่งช่วยให้การบันทึกครบสมบูรณ์ลดปัญหาการใช้ medical terminology ที่ไม่ถูกต้อง อ่านง่ายออก ตรวจสอบได้ ลดความผิดพลาดในการลืมบันทึก ถึงแม้ว่าจะพบปัญหาและอุปสรรค แต่ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงสัญญาณที่ดีว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลถึงสรรถนะของตนเองด้านการใช้เทคโนโลยี แต่กลุ่มตัวอย่างก็มีเจตคติที่ดีต่อการบันทึกการพยาบาลโดยใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งจะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขยายผลในการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้คอมพิวเตอร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมได้ในอนาคต

2. เปรียบเทียบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผลการส่องกล้องด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report ระหว่างก่อนและหลังทดลองคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับฉันทนา กรุงสูงเนิน[13] ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกทางการพยาบาล ของโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.54 และผลการศึกษาของจันทร์ทิรา เจียรณัย[10] เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล นำร่องในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์โดยรวมของบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ที่สร้างขึ้นนั้นช่วยเพิ่มคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดอธิบายได้ว่า โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report ที่นำมาใช้แทนการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดเดิมทำให้มีความง่ายในการบันทึก ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่าการเขียนบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base ครอบคลุมเนื้อหามากขึ้นและรายการข้อมูลคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความถูกต้องของการบันทึกในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานเอกสารให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลและตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้มากขึ้น

3. เปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยพบว่า การบันทึกทางพยาบาลต่อผู้รับบริการ 1 ราย ด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่าการเขียนบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการบันทึกด้วยโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ (JNE Report : Jainad Narendra hospital Endoscopic Report) ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 0.65 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 และการบันทึกด้วยรูปแบบ Paper base ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 12.37 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.29 สอดคล้องกับแนวคิดของเอกแลนด และเฮนแมนที่กล่าวว่าระบบคอมพิวเตอร์มีประโยชนในการเพิ่มความรวดเร็วในการสื่อสาร ช่วยให้สารสนเทศมีความแม่นยำในการรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล และคณะ[8] พบว่า ความสะดวกในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าโปรแกรมสร้างขึ้น สามารถใช้งานได้สะดวก เช่น การจัดทำรายการข้อมูลและให้เลือก

ข้อมูลเพื่อบันทึก (list and check box) ช่วยลดการซ้ำซ้อนในการบันทึกเนื่องจากสามารถเชื่อมต่อกับข้อมูลของแพทย์ได้และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ บุคลากรมีความคุ้นเคยกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สร้างขึ้นมีข้อมูลหลายส่วนที่มีการใช้ร่วมกับโปรแกรมของแพทย์ที่มีอยู่เดิม ทำให้ลดการลงบันทึกซ้ำซ้อน การลงบันทึกส่วนใหญ่เป็นการเลือกข้อมูลที่ต้องการจากรายการข้อมูลที่ได้จัดเตรียมไว้ ทำให้พยาบาลสามารถลงบันทึกได้ง่าย โดยเลือกข้อมูลที่ต้องการ และตอบสนองความต้องการของพยาบาลด้วย และสอดคล้องกับ ภาณุ อดกลั้นและคณะ[14] พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลโดยทุกข้อความด้วยที่สั้น กะทัดรัดได้ใจความ การใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง จะช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลและมีความถูกต้องแม่นยำ มากกว่ารูปแบบเดิม

4. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report หลังทดลอง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 สอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรพร โคตะมี และคณะ[15] ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ข้อมูลเนื้อหาอื่น ๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่น ๆ มีความสมบูรณมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการพัฒนาแนวทางในการโปรแกรมบันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ JNE Report มาใช้ในหน่วยงานทดแทนการบันทึกด้วยกระดาษ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานและการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารสามารถส่งเสริมให้บุคลากรภายในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลเหมาะสมกับการใช้งานและบุคลากรมีความพึงพอใจในบันทึกทางการพยาบาลที่ร่วมกันสร้างขึ้น

3. ดำเนินการศึกษาการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

4. มีการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจน และควรมีการติดตามผลเพื่อดูความคงอยู่และต่อเนื่องของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล:ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

2.วิจิตรา กุสุมภ์, บรรณาธิการ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2554.

3.กรมการแพทย, สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรม; 2550.

4.Tubaishat A. Perceived usefulness and perceived ease of use of electronic health records among nurses: Application of Technology Acceptance Model [Internet]; 2017 [cited 2024 May 2]. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17538157.2017. 1363761

5.Moore, E.C., Tolley, C.E., Bates, D.W.,& Slight S.P. (2020). A systematic review of the impact of health information technology on nurses' time. Journal of the American Medical Informatics Association. 2020; 27(5): 798–807.

6.Li L., Liang R.& Zhou Y., (2021). Retracted: Design and Implementation of Hospital Automatic Nursing Management Information System Based on Computer Information Technology. From https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8691973/

7.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.

8.เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, ปัทมา อนุมาศ, จิดาภา จารุสินธ์ชัย และอรพันธ์ พรรณประดิษฐ์. ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์. Rama Nurs J [อินเทอร์เน็ต]. พ.ค.-ส.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2566]; 19(2): 249-263. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/download/15589

9. Likert, R. (1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill

10.จันทร์ทิรา เจียรณัย. การพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/4667/2/Fulltext.pdf

11.กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกขอมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559. นนทบุรี: โรงพิมพองคการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ; 2559.

12.วุฒินันท์ รัตนะ. การพัฒนาแนวทางการบริหารระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับโรงพยาบาล สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ [อินเทอร์เน็ต][ปริญญานิพนธ์ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.

13. ฉันทนา กรุงสูงเนิน. ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] . 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2567]; 41(3): 1-13.

14.ภาณุ อดกลั้น. การบันทึกทางการพยาบาล. ขอนแก่น : เพ็ญพริ้นติ้ง, 2559.

15.อุไรพร โคตะมี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ;15(3):135-41.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Factors associated with contraceptive practice among Karen hill tribe women in Sop Moei District, Mae Hong Son Province.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

พิทยา หล้าวงค์[1]
Pittaya Lhawong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการคุมกำเนิดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวมรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี จำนวน 416 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 86.54 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดเฉลี่ยคือ 8.77 คะแนน อุปสรรคในการเข้ารับบริการคุมกำเนิดมากที่สุดคือไม่มีความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ รองลงมาคือวิตกกังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (OR_{adj} 8.38, 95%CI: 1.44-48.78) ไม่ประกอบอาชีพ (OR_{adj} 2.72, 95%CI: 1.26-5.87) สถานะหย่าร้าง (OR_{adj} 22.36, 95%CI: 2.77-180.27) และการมีบุตรที่มีชีวิต 2 คน (OR_{adj} 0.35, 95%CI: 0.15-0.83)

คำสำคัญ: การคุมกำเนิด กะเหรี่ยง วัยเจริญพันธุ์

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed at examining the contraceptive prevalence and identifying factors associated with contraceptive practice among Karen hill tribe women in Sop Moei District, Mae Hong Son Province, Thailand. Data were collected from a sample of 416 reproductive-aged Karen women (15–49 years). The study utilized a data recording form and a questionnaire assessing knowledge of contraception. Descriptive statistics were used for data analysis, and multiple logistic regression was employed to determine associations. The results showed that the contraceptive prevalence rate among participants was 86.54%. The most commonly reported barrier to contraceptive use was a lack of knowledge about different contraceptive methods. Statistically significant factors associated with non-use of contraception included having a bachelor's degree or higher (OR_{adj} 8.38, 95%CI: 1.44-48.78), housewife (OR_{adj} 2.72, 95%CI: 1.26-5.87), being divorced (OR_{adj} 22.36, 95%CI: 2.77-180.27), and having two living children (OR_{adj} 0.35, 95%CI: 0.15-0.83)

Keywords: contraceptive, Karen hill tribe, reproductive-aged

บทนำ

ปัจจุบันโลกของเราอยู่ในยุคที่มีการเพิ่มสูงขึ้นของประชากรโลก องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประชากรโลกอาจเพิ่มสูงถึง 11 พันล้านคนในปีค.ศ. 2100 อย่างไรก็ตามอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกเริ่มช้าลง การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโลกหลังปี

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ค.ศ. 1950 เกิดจากปัจจัยแรกคืออายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้นจากการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง ปัจจัยต่อมาคือแม้ว่าภาพรวมของโลกจะมีอัตราการเกิดลดลง แต่อัตราการเกิดยังคงสูงในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง เป็นทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ของการพัฒนาประเทศที่ล่าช้า สะท้อนให้เห็นถึงการขาดอำนาจในการตัดสินใจและขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมของสตรีในประเทศเหล่านั้น ทั้งยังเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศรายได้น้อย ทำให้เกิดความท้าทายในการบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) หลายด้าน[1,2]

ในประเทศไทยพบการลดลงของประชากรอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 66,413,979 ล้านคนในปีพ.ศ. 2561 คงเหลือจำนวน 66,090,475 ล้านคนในปีพ.ศ. 2565 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยอายุขัยของประชากรเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สวนทางกับอัตราการเพิ่มของประชากรที่ลดลงทุกปี จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของสตรีไทย 1 คนลดลงจากเฉลี่ยบุตร 1.6 คนต่อสตรีไทย 1 คนในปีพ.ศ. 2561 เป็น 1.1 คนต่อสตรีไทย 1 คนในปีพ.ศ. 2566[3]

จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีจำนวนประชากรค่อนข้างคงที่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอ พบความแตกต่างในพื้นที่อำเภอสบเมย ซึ่งเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าจำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้นทุกปี อัตราการเกิดย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564-2566 คือ 11.3 12.3 และ 11.8 ต่อ 1,000 ประชากรกลางปีตามลำดับ ในขณะที่ข้อมูลอัตราเกิดของจังหวัดแม่ฮ่องสอนปี พ.ศ. 2564-2566 คือ 11.3 11.0 และ 10.9 ต่อ 1,000 ประชากรกลางปีตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่อำเภอสบเมยยังคงมีอัตราเจริญพันธุ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด เมื่อวิเคราะห์ลักษณะภูมิประเทศของพื้นที่อำเภอสบเมยพบว่าเป็นลักษณะภูเขาสูงสลับซับซ้อนการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพยากลำบากในหลายพื้นที่ ลักษณะประชากรร้อยละ 60 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ โดยในกลุ่มดังกล่าวเป็นชนเผ่ากะเหรี่ยงสูงถึงร้อยละ 90 ชนเผ่ากะเหรี่ยงมีชีวิตความเป็นอยู่วัฒนธรรมความเชื่อ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างจากประชากรในชุมชนเมือง จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการคุมกำเนิดของประชากรในพื้นที่ และส่งผลต่ออัตราการเกิดที่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและระดับประเทศ จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) ช่วงเวลาที่ศึกษาคือ เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่างคือสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ในเขตพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับ infinite population โดยใช้สูตรของ Cochran ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Stratified Random Sampling แบ่งพื้นที่เป็น 6 ตำบล ตามเขตปกครองของอำเภอสบเมย และสุ่มตัวอย่าง

ตำบลละ 69-70 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) สตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) อายุ 15-49 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสบเมยน้อยกว่า 3 ปี 2)สถานภาพโสด (ไม่มีคู่นอน) 3) มีปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้หรือการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และอุปสรรคในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งขออนุเคราะห์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยข้อคำถามในลักษณะในเลือกคำตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูตินรีเวชกรรมจำนวน 5 ท่าน (Index of Congruence = 0.6-1)[4] ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย (Kuder-Richardson Formula 20 = 0.74)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮองสอน

2. ประสานงานเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8 แห่งในพื้นที่ 6 ตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประสานงานเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

3. รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ และตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย จากนั้นลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลลงใน case record form จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แสดงค่าในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้ Binary logistic regression เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรต้นที่อาจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ จากนั้นเลือกตัวแปรต้นที่มีผล p-value < 0.2 นำไปวิเคราะห์เพื่อควบคุมตัวแปรกวนโดยใช้ Multiple logistic regression แสดงผลโดย Adjusted odd ratio และ 95% confident interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เอกสารรับรอง MHS REC 016.2567

ผลการวิจัย

สตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ในเขตพื้นที่ 6 ตำบลของอำเภอสบ

เมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 416 คน โดยมีอายุต่ำสุดคือ 17 ปี อายุสูงสุดคือ 49 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี ข้อมูลโรคประจำตัวในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 91.83 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 2.88 เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ร้อยละ 1.20 เป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ร้อยละ 0.48 เป็นโรคหอบหืด และโรคประจำตัวอื่นๆร้อยละ 3.61 ข้อมูลระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาคือร้อยละ 41.35 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 26.20 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 15.63 มัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพร้อยละ 13.70 และวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 3.13 ข้อมูลด้านอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 68.75 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 17.79 อาชีพรับจ้างร้อยละ 9.38 และอาชีพข้าราชการหรือพนักงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 4.09 ข้อมูลด้านรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท และมีเพียงร้อยละ 9.38 ที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ข้อมูลด้านสถานะสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานะแต่งงานร้อยละ 90.63 โสด (อยู่กินโดยไม่ได้แต่งงาน) ร้อยละ 6.49 และหย่าร้างร้อยละ 2.88 การสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนความรู้เฉลี่ย 8.77 คะแนน (Mean ± SD : 8.77 ± 4.32) คะแนนความรู้ต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนความรู้สูงสุด 18 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดจำนวน 360 คน คิดเป็นอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 86.54 โดยวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดคือการฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 37.48 รองลงมาคือการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและการทำหมันหญิง ร้อยละ 16.70 และ 10.58 ตามลำดับ โดยการสอบถามข้อมูลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งการไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ความวิตกกังวลเรื่องผลข้างเคียงและการเดินทางไปรับบริการคุมกำเนิดยากลำบากเป็นอุปสรรคที่พบมากที่สุด

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้ Bivariate และ multivariate logistic regression แสดงในตารางที่ 2 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสไม่ใช้การคุมกำเนิดสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำกว่า (OR_{adj} = 8.38 ,95% CI: 1.44-48.78) การที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสัมพันธ์กับการไม่ใช้การคุมกำเนิดสูงขึ้น 2.72 เท่า (OR_{adj} = 2.72 ,95% CI: 1.26-5.87) กลุ่มที่มีสถานะสมรสคือการหย่าร้างสัมพันธ์กับการไม่คุมกำเนิดเช่นกัน (OR_{adj} = 22.36 ,95% CI: 2.77-180.27) นอกจากนี้แล้วจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 2 คนขึ้นไปยังเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการคุมกำเนิดมากขึ้น (OR_{adj} = 0.35 ,95% CI: 0.15-0.83)

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้ Binary และ multiple logistic regression

ปัจจัย	ไม่คุมกำเนิด n (%) 56 (13.50)	คุมกำเนิดn (%) 360 (86.50)	OR (95% CI)	OR_{adj} (95% CI)	*p*-value
โรคประจำตัว					
ไม่มี	55 (14.40)	327 (85.60)	5.56 (0.74-41.42)	4.71 (0.59-37.69)	0.144
มีโรคประจำตัว	1 (2.94)	33 (97.06)	Ref	-	-
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	13 (11.93)	96 (88.07)	Ref	-	-

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้ Binary และ multiple logistic regression

ปัจจัย	ไม่คุมกำเนิด n (%) 56 (13.50)	คุมกำเนิดn (%) 360 (86.50)	OR (95% CI)	OR_{adj} (95% CI)	*p*-value
ประถมศึกษา	12 (6.98)	160 (93.02)	0.55 (0.24-1.26)	0.80 (0.32-1.98)	0.626
มัธยมต้น	13 (20.0)	52 (80.0)	1.85 (0.80-4.28)	2.58 (0.99-6.72)	0.052
มัธยมปลาย,ปวช/ปวส	11 (19.30)	46 (80.70)	1.77 (0.74-4.24)	1.82 (0.64-5.18)	0.260
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (53.85)	6 (46.15)	8.62 (2.51-29.62)	8.38 (1.44-48.78)	0.018
อาชีพ					
เกษตรกร	24 (8.39)	262 (91.61)	Ref	-	-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (27.03)	54 (72.97)	4.04 (2.09-7.84)	2.72 (1.26-5.87)	0.011
รับจ้าง	6 (15.38)	33 (84.62)	1.99 (0.76-5.21)	1.84 (0.64-5.31)	0.257
ข้าราชการ/พนักงาน	6 (35.29)	11 (64.71)	5.96 (2.04-17.52)	1.58 (0.28-8.82)	0.603
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน					
< 5000 บาท	35 (15.49)	191 (84.51)	1.79 (0.93-3.46)	1.61 (0.75-3.47)	0.222
5000-10000 บาท	14 (9.27)	137 (90.73)	Ref	-	-
>10000 บาท	7 (17.95)	32 (82.05)	2.14 (0.80-5.74)	2.27 (0.67-7.76)	0.193
สถานะสมรส					
โสด/อยู่กินโดยไม่แต่งงาน	2 (7.41)	25 (92.59)	Ref	-	-
แต่งงาน	48 (12.73)	329 (87.27)	1.82 (0.42-7.95)	1.98 (0.38-10.35)	0.418
หย่าร้าง	6 (50.00)	6 (50.00)	12.5 (2.00-78.05)	22.36 (2.77-180.27)	0.004
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (Parity)					
ไม่เคยตั้งครรภ์	3 (17.65)	14 (82.35)	1.19 (0.31-4.52)	NS*	-
เคยตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง	33 (12.31)	235 (87.69)	0.78 (0.43-1.42)	NS*	-
เคยตั้งครรภ์ 3 ครั้งขึ้นไป	20 (15.27)	111 (84.73)	Ref	-	-
ประวัติการแท้งบุตร					
ไม่เคยแท้ง	45 (12.26)	322 (87.74)	Ref	-	-
เคยแท้ง	11 (22.45)	38 (77.55)	2.07 (0.99-4.34)	1.98 (0.83-4.74)	0.124
จำนวนบุตรที่มีชีวิต					
ไม่มีบุตร	7 (26.92)	19 (73.08)	1.97 (0.70-5.49)	0.725 (0.21-2.50)	0.611
มีบุตร 1 คน	17 (20.48)	66 (79.52)	1.38 (0.64-2.96)	0.729 (0.29-1.84)	0.503
มีบุตร 2 คน	17 (8.02)	195 (91.98)	0.47 (0.22-0.98)	0.35 (0.15-0.83)	0.017
มีบุตร 3 คนขึ้นไป	15 (15.79)	80 (84.21)	Ref	-	-
ความรู้ด้านการคุมกำเนิด (mean+- SD= 8.77+-4.32)					
คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย	31 (13.84)	193 (86.16)	1.07 (0.61-1.89)	NS*	-
คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	25 (13.02)	167 (86.98)	Ref	-	-

*NS = Not significant at *p*-value < 0.2

สรุปและอภิปรายผล

อัตราการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอนคือร้อยละ 86.54 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งพบว่าสตรีไทยวัยเจริญพันธุ์ในภาคเหนือมีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 74.30[5] หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ได้แก่ การศึกษาการคุมกำเนิดในกลุ่มชาติพันธุ์จังหวัดเชียงรายพบอัตราการคุมกำเนิดรวมร้อยละ 76.40[6] การศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ชนเผ่าม้งจังหวัดน่านมีอัตราการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 56[7] แม้เป็นการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตภาคเหนือตอนบนเช่นกัน แต่มีความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ความรู้หรือทัศนคติต่อการคุมกำเนิด รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่ออัตราการคุมกำเนิดที่แตกต่างกันได้

วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ส่วนใหญ่คือการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ สอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมของประเทศไทยที่สตรีไทยใช้การคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ร้อยละ 71.30[5] เมื่อดูสัดส่วนวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดคือการฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 37.48 แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ของจังหวัดเชียงรายและจังหวัดน่านที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงที่สุด[6,7] อาจเนื่องมาจากประชาชนในพื้นที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ได้ค่อนข้างยากลำบากเนื่องจากภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง การคมนาคมยากลำบาก ดังนั้นการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นวิธีที่บริหารยาได้ง่าย ประสิทธิภาพสูง ลดความถี่ของการเข้ารับบริการในสถานบริการ และสะดวกต่อการออกให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด

จากข้อมูลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการไม่มีความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆและความวิตกกังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิดรวมกันมากกว่าครึ่งหนึ่งของอุปสรรคทั้งหมด รองลงมาคือการเดินทางไปยังสถานบริการเพื่อรับบริการคุมกำเนิดยากลำบากและไม่ต้องการคุมกำเนิดเนื่องจากยังต้องการมีบุตรต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่ชนบทของประเทศอินเดียที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเนื่องจากการขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดชนิดต่างๆร้อยละ 42.70 และกังวลเรื่องผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดร้อยละ 37.40[8] และการศึกษาในประเทศบังคลาเทศพบว่าเหตุผลในการหยุดใช้การคุมกำเนิดจากผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดร้อยละ 25.80 ยังต้องการมีบุตรต่อร้อยละ 31.10 และการเข้าถึงบริการยากลำบาก/ห่างไกลร้อยละ 0.80[9] ดังนั้นการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมรายบุคคล และการออกแบบการบริการคุมกำเนิดเชิงรุกจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่เข้ารับบริการคุมกำเนิด สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยที่พบว่ากลุ่มสตรีที่มีการศึกษสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไปมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่านั้น[5] อาจเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีความพร้อมในการมีบุตรเนื่องจากจบการศึกษาในระดับสูงและมีช่วงวัยที่เหมาะสมกับการสร้างครอบครัว ปัจจัยต่อมาคือการไม่ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่คุมกำเนิด โดยกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพไม่คุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มเกษตรกรถึง 2.72 เท่า ตรงกันข้ามกับการศึกษาในกลุ่มม้งในจังหวัดน่านที่อาชีพที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อการคุมกำเนิด[7] ทั้งนี้การศึกษาในจังหวัดน่านมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านอยู่ใน

สัดส่วนที่น้อยที่สุด แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) ในสัดส่วนมากเป็นอันดับ 2 รองจากอาชีพเกษตรกร อาจเนื่องมาจากสตรีกลุ่มนี้เป็นแม่บ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงสามารถรับผิดชอบดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิด ปัจจัยต่อมาคือสถานะหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับการไม่คุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาจไม่มีเพศสัมพันธ์จึงไม่ต้องการใช้การคุมกำเนิด เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่พบว่าสตรีที่แยกกันอยู่กับสามีหรือหย่าร้าง มีแนวโน้มการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มที่แต่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] ปัจจัยสุดท้ายคือการมีบุตรที่มีชีวิตจำนวน 2 คน มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวียดนามที่สตรีที่มีบุตร 2 คนมีการคุมกำเนิดมากกว่ากลุ่มที่มีบุตรน้อยกว่านั้น 2.4 เท่า[9] สำหรับปัจจัยด้านคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด เช่นเดียวกับการศึกษาวัยรุ่นตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก[4] ทั้งนี้พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยจากการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ การออกแบบบริการที่มุ่งเน้นให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิดจะสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะ

1. อัตราการคุมกำเนิดในสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงวัยเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีอุปสรรคที่กั้นขวางการเข้ารับบริการคุมกำเนิดหลายประการ ความรู้ด้านการคุมกำเนิดเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดและส่งผลการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้ ดังนั้นจึงเสนอแนะให้มีการจัดบริการเพื่อลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด คือ การให้องค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดแต่ละชนิด การวางแผนการคุมกำเนิดรายบุคคลอย่างเหมาะสม และการจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น

2. ปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในกลุ่มชาติพันธุ์ อาจยังมีอีกหลายประการ เช่น ศาสนาที่นับถือ เพศของบุตร ภาษาและการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานที่ที่เข้ารับบริการคุมกำเนิด สิทธิการรักษา เป็นต้น เนื่องจากการศึกษาประเด็นด้านการคุมกำเนิดในสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง รวมทั้งชาติพันธุ์อื่นๆของไทยมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไปคือการสร้างเครื่องมือการวิจัยที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพหรือรูปแบบผสมผสาน อาจจะช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำมาออกแบบระบบบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในบริบทเฉพาะของอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง และขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ที่เอื้อเฟื้อให้คำปรึกษาทางด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. A world of 8 billion [Internet]. New York: United Nations; 2022 Oct [cited 2024 Mar 24]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

2. Wilmoth J, Menozzi C, Bassarsky L. Why population growth matters for sustainable development. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2022 Feb. (Policy Brief No. 130).
3. National Statistical Office Thailand. Size and structure of the population by age and sex [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 24]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=300
4. Muangchang M, Pongsuthirak P. Contraceptive knowledge, attitude and behavior in teenage pregnancy at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Thai J Obstet Gynaecol [Internet]. 2017 Dec;25(4):232-241. Available from: https://doi.org/10.14456/tjog.2017.31
5.สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
6.เรือนคำ ว, พงคจันตา อ, นุนนลอย ส, กอยชูสกุล พ. การคุมกำเนิดของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย. Rajabhat J. Sci. Humanit. Soc. Sci. 2016;17(2):222-229.
7. Srirai P, Suthutvoravut S. Factors associated with contraceptive practice among Hmong hill tribe women in Nan Province. Rama Med J. 2016;39:179-186.
8. Mazumder MN. Understanding the Contraceptive Behaviour of Urban Karbis, Assam. South Asian Anthropologist. 2018;18(2):137-144.
9. Huda FA, Robertson Y, Chowdhuri S, Sarker BK, Reichenbach L, Somrongthong R. Contraceptive practices among married women of reproductive age in Bangladesh: a review of the evidence. Reprod Health. 2017;14:69.
10. Vu LTH, Oh J, Bui QTT, Le ATK. Use of modern contraceptives among married women in Vietnam: a multilevel analysis using the Multiple Indicator Cluster Survey (2011) and the Vietnam Population and Housing Census (2009). Glob Health Action. 2016;9:29574.

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The requisitions of computed tomographic scans of abdomen in patients non-traumatic abdominal pain at Emergency room, Kingnarai hospital.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ลลิดา วุฒิพลากร[1]
Lalida Wuttiplakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุที่ได้รับการตรวจส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 1 มกราคม 2562- 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 382 คน เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ข้อมูลการวินิจฉัย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โลจิสติก

ผลการวิจัย: จากจำนวนผู้ป่วย 382 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 61.78% อายุเฉลี่ย 48.94 ปี ข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจมากที่สุด คือ เพื่อการวินิจฉัย 68.06% ยืนยันการวินิจฉัยเดิม 24.61% อาการและอาการแสดงที่มากสูงสุด คือ ปวดท้องร่วมกับมีไข้ 27.23% รองลงมา ปวดท้องร่วมกับมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน 13.61การวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด คือ Acute appendicitis 28.27% รองลงมา Cholecystitis, cholelithiasis or biliary tract disease 12.57% ผลการตรวจมีความถูกต้องมากกว่า 80% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม พบว่า อายุ > 60 ปี รับส่งตัวมารักษา (refer in) ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: เอกซเรย์คอมพิวเตอร์, อาการปวดท้องที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ, ความเหมาะสมการส่งตรวจ

Abstract

This retrospective study aimed to study the characteristics of patients with abdominal pain not caused by trauma who underwent abdominal CT scans, and the factors associated with inappropriate CT scan referrals. Study of patients with non-traumatic abdominal pain who were referred for CT scans from the emergency department of Kingnarai Hospital between January 1, 2019, and December 31, 2023. A total of 382 patients were included. Data on personal information, CT scan results, and diagnoses were collected and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Among the 382 patients, the majority were female (61.78%) with an average age of 48.94 years. The most common indication for the CT scan was for diagnosis (68.06%), followed by confirming a previous diagnosis (24.61%). The most common symptoms were abdominal pain with fever (27.23%), followed by abdominal pain with fever, nausea, and vomiting (13.61%). The most common initial diagnosis was acute appendicitis (28.27%), followed by cholecystitis, cholelithiasis, or biliary tract disease (12.57%). The accuracy of the CT scan results was more than 80%. Factors associated with inappropriate CT scan referrals included age > 60 years, being referred for treatment (refer-in), and intubation, which were statistically significant ($p<0.05$).

Keywords: CT scan, non-traumatic abdominal pain, appropriateness of referral

บทนำ

อาการปวดท้อง (abdominal pain) เป็นอาการที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดใน Acute

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

abdomen และเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการพิจารณาวินิจฉัยตั้งแต่โรคไม่ร้ายแรง จนอันตรายถึงชีวิต การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และการจัดการที่ทันเวลาจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจตามมา หลักการในการวินิจฉัยประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและรีบด่วนได้ อย่างไรก็ตามการซักประวัติและการตรวจร่างกายมักได้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย แพทย์ส่วนใหญ่จึงต้องการผลทางห้องปฏิบัติการหรือการถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติม โดยการถ่ายภาพทางรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยรอยโรคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ซึ่งการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อตรวจหาความผิดปกติของโรคในช่องท้อง หรือ CT scan abdomen เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูง มีความแม่นยำ ทำได้ง่ายและรวดเร็ว[1] นอกจากปริมาณรังสีที่ได้รับแล้วแทบจะไม่มีผลข้างเคียงใดๆ กับผู้ป่วย ปัจจุบันจึงพบว่าอัตราการส่งตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตามโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการตรวจที่รวดเร็วกว่าการตรวจด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กหรือเอ็มอาร์ไอ และให้ผลการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำในระดับปานกลางไปจนถึงระดับสูง จากการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่ส่งตรวจเพื่อยืนยันความถูกต้องในการวินิจฉัย ทั้งที่มีความชัดเจนของลักษณะทางคลินิก ส่วนหนึ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้[2]

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 536 เตียง รับผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดที่รับผิดชอบ และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง จำนวน 15,960, 17,352 ราย และ 18,936 ราย ตามลำดับ ร้อยละ 89 เป็นผู้ป่วยที่ส่งตรวจมาจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีแนวโน้มการส่งตรวจเพิ่มขึ้นทุกปี จากการสำรวจค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเฉลี่ยปีละ 21,520,002 บาท ซึ่งถือเป็นมูลค่าที่สูงมาก และจากการทบทวนผลการตรวจปี 2566 ยังพบว่า ส่วนหนึ่งผลการตรวจไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ (ข้อบ่งชี้สงสัยโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ผลการตรวจออกมาปกติ, สงสัยโรคไส้ติ่งอักเสบ ผลการตรวจเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น) นอกจากนี้จากจำนวนการส่งตรวจที่มากขึ้น บางครั้งต้องงดใช้เครื่องเพื่อทำการซ่อมแซมเป็นเวลานาน และจำเป็นต้องส่งตรวจนอกโรงพยาบาล ซึ่งมีความยุ่งยากด้านเอสารการเบิกจ่าย การเดินทาง

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้ตระหนักถึงความสำคัญ การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เกินความจำเป็น ซึ่งหากสามารถระบุถึงอาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่สัมพันธ์กับผลการตรวจที่ผิดปกติ จะสามารถลดการส่งตรวจได้ในบางกรณีโดยไม่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและการรักษา ดังนั้นจึงต้องการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุที่ได้รับการตรวจส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 1 มกราคม 2562-31 ธันวาคม 2566 จำนวน 81,908 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 1 มกราคม 2562- 31 ธันวาคม 2566 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) 1) เพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) มีผลการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องโดยรังสีแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ไม่มีผลการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

X^2 = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 81,908 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย สิทธิการรักษา สภาพผู้ป่วย อาการสำคัญ การวินิจฉัยครั้งแรก การตรวจที่เคยทำมาแล้ว

2. ข้อมูลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ได้แก่ สถานะของแพทย์ผู้ส่งตรวจ ส่วนช่องท้องที่ส่งตรวจ ผลอ่านเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

3. ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาหลังการส่งตรวจ สภาพผู้ป่วยหลังการรักษาผลการตรวจวินิจฉัยครั้งสุดท้าย ที่มาของผลการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.81 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลไปทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach'S alpha coefficient =0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษา สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ โลจิสติก

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ

สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน (61.78%) อายุเฉลี่ย 48.94 ปี ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 81 ปี สิทธิการรักษา เป็นสวัสดิการบัตรทอง จำนวน 184 คน (48.16%) ข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจมากที่สุด คือ เพื่อการวินิจฉัยจำนวน 260 คน (68.06%) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยเดิม 94 คน (24.61%) และเพื่อดูตำแหน่งและขอบเขตของรอยโรค 28 คน (7.33%) แพทย์ผู้ส่งตรวจส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน 214 คน (56.02%) เคยมีผลการตรวจอย่างอื่นมาก่อนจำนวน 32 คน (8.38%) ตำแหน่งที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Whole abdomen จำนวน 184 คน (48.16%) Upper abdomen จำนวน 108 คน (28.27%) Lower abdomen จำนวน 90 คน (23.57%) อาการและอาการแสดงที่มากสูงสุด คือ ปวดท้องร่วมกับมีไข้ จำนวน 104 คน (27.23%) รองลงมา ปวดท้องร่วมกับมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน 52 คน (13.61%) (ตารางที่ 1)

การวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด คือ Acute appendicitis จำนวน 108 คน (28.27%) รองลงมา Cholecystitis, cholelithiasis or biliary tract disease จำนวน 48 คน (12.57%) ส่วนใหญ่ผลการตรวจมีความถูกต้องมากกว่า 80% (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม พบว่า อายุ > 60 ปี รับส่งตัวมารักษา (refer in) ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตาราง 1 แสดงอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n=382)

อาการและอาการแสดง	จำนวน (คน)	(%)
ปวดท้องร่วมกับมีไข้	104	27.23
ปวดท้องร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน	48	12.57
ปวดท้องร่วมกับมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน	52	13.61
ปวดท้องร่วมกับท้องเสีย	34	8.90
ปวดท้องร่วมกับตา ตัว เหลือง	30	7.85
ปวดท้องร่วมกับพบก้อน	6	1.57
ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ	48	12.57
ปวดท้อง อืดแน่นท้อง	28	7.33
ปวดท้อง และมี Peritonitis	32	8.37

ตาราง 2 แสดงการวินิจฉัยครั้งแรกและครั้งสุดท้ายหลังเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n=382)

การวินิจฉัย	total	Positive	Negative	ความถูกต้อง
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
Acute appendicitis	108 (30.89)	108	0	100.00
Rupture appendicitis	26 (6.81)	26	0	100.00

ตาราง 2 แสดงการวินิจฉัยครั้งแรกและครั้งสุดท้ายหลังเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n=382)

การวินิจฉัย	total	Positive	Negative	ความถูกต้อง
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
Abdominal aortic aneurysm	5 (1.30)	4	1	80.00
Urinary retention	14 (3.67)	13	1	92.85
Peritonitis	14 (3.67)	12	2	85.71
Pancreatitis	28 (7.33)	24	4	85.71
Intestinal obstruction	30 (7.85)	28	2	93.33
Constipation	12 (3.14)	12	0	100.00
Cholecystitis, cholelithiasis or biliary tract disease	48 (12.57)	46	2	82.14
Calculus of urinary system	15 (3.92)	12	3	80.00
Acute gastritis, gastroenteritis or diarrhea	23 (6.02)	22	1	95.65
Miscellaneous group	13 (3.40)	8	5	61.54
Perforated viscus	28 (7.33)	28	0	100.00
Ectopic pregnancy	11 (2.87)	10	1	90.90
Endometriosis	7 (1.83)	6	1	85.71

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัย	OR_{adj}	95% CI	p-value
อายุ > 60 ปี	1.38	0.98-4.23	0.000*
รับส่งตัวมารักษา (refer in)	1.57	1.09-7.09	0.001*
ใส่ท่อช่วยหายใจ	2.81	1.95-3.68	0.002*
ค่าคงที่	0.11	1.64-2.19	0.000*

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องชนิดที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน (61.78%) อายุเฉลี่ย 48.94 ปี สิทธิการรักษา เป็นสวัสดิการบัตรทอง จำนวน 184 คน (48.16%) ข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจมากที่สุด คือ เพื่อการวินิจฉัย จำนวน 260 คน (68.06%) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยเดิม 94 คน (24.61%) และเพื่อดูตำแหน่งและขอบเขตของรอยโรค 28 คน (7.33%) สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาในต่างประเทศ[3,4] แพทย์ผู้ส่งตรวจส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน 214 คน (56.02%) และเคยมีผลการตรวจอย่างอื่นมาก่อนจำนวน 32 คน (8.38%) เนื่องจากมีการส่งตัวมาปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน และเป็นแพทย์ใช้ทุนเป็นส่วนใหญ่ มักส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยจึงส่งผลให้จำนวนการส่งตรวจมากถึงร้อยละ 68.06

การวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด คือ Acute appendicitis จำนวน 108 คน (28.27%) รองลงมา Cholecystitis, cholelithiasis or biliary tract disease จำนวน 48 คน (12.57%) ส่วนใหญ่ผลการตรวจมีความถูกต้องมากกว่า 80% อธิบายได้ว่า ผู้ที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบใช้ Alvarado Score ซึ่งประเมินจากอาการ (เช่น คลื่นไส้, ปวดท้องที่เคลื่อนที่ไปที่ขวา

ล่าง), สัญญาณทางคลินิก (เช่น ความเจ็บปวดที่ขวาล่าง, ความเจ็บปวดในการกดลง, อุณหภูมิร่างกาย) และการทดสอบในห้องปฏิบัติการ (เช่น การนับเม็ดเลือดขาว). คะแนนนี้มีความไวดี ซึ่งการใช้ CT ช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งที่ผิดพลาด (การวินิจฉัยผิดพลาด) จาก 26% ลงเหลือ 6-10%[5,6] โดยที่ไม่เพิ่มอัตราการเกิดการทะลุของไส้ติ่งจากการวินิจฉัยที่ล่าช้า อัตราทั้งสองนี้จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าในเพศหญิงที่สงสัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ มักส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นส่วนใหญ่ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากทางนรีเวช และยืนยันการวินิจฉัยเดิม

ในกลุ่มโรค Cholecystitis, cholelithiasis or biliary tract disease มักมาด้วยปวดท้องบริเวณขวาบน โดยเฉพาะภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยที่สุด อาการปวดนี้ยังสามารถเกิดจากภาวะตับอักเสบที่มีสาเหตุหลากหลาย, ฝีในตับ, และในบางครั้งอาจเกิดจากการแตกของก้อนเนื้อตับ (ซึ่งมักเป็นเนื้องอกในตับหรือมะเร็งตับ) การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (US) เป็นการตรวจภาพที่เหมาะสมที่สุดในการประเมินอาการปวดที่ควอดแรนต์ขวาบนเฉียบพลัน การตรวจนี้มีความแม่นยำในการวินิจฉัย แต่หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การตรวจด้วย CT ก็เป็นการตรวจที่แม่นยำในการวินิจฉัยถุงน้ำดีอักเสบเช่นกัน แม้ว่าผลการตรวจอาจละเอียดน้อยกว่าการตรวจอัลตราซาวด์ โดยเฉพาะในระยะแรก ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องไม่เฉพาะเจาะจงและมีการวินิจฉัยในภายหลังว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบ[7,8,9] อาจได้รับการส่งตรวจ CT บ่อยกว่าการตรวจอัลตราซาวด์ซึ่งพบได้ในการศึกษานี้ ซึ่งนักรังสีแพทย์จำเป็นต้องทราบถึงความเป็นไปได้ในการกำหนดหรือแนะนำการวินิจฉัยนี้จากผลการตรวจ CT เบื้องต้น ซึ่งผลการตรวจจากอัลตราซาวด์ แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงอักเสบรอบๆ ถุงน้ำดีอาจเห็นชัดเจนกว่าในการตรวจด้วย CT และ MRI แต่ปัจจุบันผู้ที่ทำการตรวจอัลตราซาวด์เบื้องต้นมักเป็นแพทย์โรงพยาบาลชุมชน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะเมื่อมองภาพไม่ชัดเจน จึงสั่งตรวจ CT แทนการส่งตรวจด้วยอัลตราซาวด์เพราะได้ความรวดเร็วกว่า

ความไม่เหมาะสมที่พบได้บ่อยในการศึกษานี้ เช่น ปวดท้องตรวจอัลตราซาวด์พบ cyst ยืนยันด้วยการ CT ท้องอืด dyspepsia ปวดท้องเรื้อรังอัลตราซาวด์และ Negative ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม พบว่า อายุ > 60 ปี รับส่งตัวมารักษา (refer in) ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ให้การรักษาส่วนใหญ่น่าจะมีความกังวลเพราะผู้ป่วยมีอาการหนัก ถึงแม้จะได้รับการวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกที่ชัดเจน หรือการตรวจอัลตราซาวด์มาแล้วมักมีการยืนยันด้วยการตรวจ CT ก่อนส่งตัวมา นอกจากนี้ผู้ที่อายุมากมาด้วยอาการปวดท้องมักมาด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น เนื้องอก ไส้เลื่อน ลำไส้กลืนกัน สิ่งแปลกปลอมอุดตัน และพังผืดหลังการผ่าตัด การใช้ plain film acute abdomen series แต่จะมีความไวต่ำ และให้ข้อมูลได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งการตรวจ CT สามารถตรวจหาตำแหน่ง ประเมินความรุนแรงและสาเหตุของภาวะนี้ได้ไวกว่า และต้องการตัดสินใจสำหรับการผ่าตัดในรายที่เร่งด่วน จึงทำให้แพทย์ส่วนใหญ่มักส่งตรวจ CT หากเป็นผู้สูงอายุเกือบทุกราย จึงทำให้ปริมาณการส่งตรวจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ F. DE MUZIO et.al[10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการทบทวนปัญหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนแก้ไข กำหนดมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

2. ควรมีการพัฒนา และปรุบปรุงแนวทางการการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และกำหนดแนวทางให้กับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเครือข่ายในการส่งตรวจก่อนนำส่งผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Alshamari M, Norrman E, Geijer M, Jansson K, Geijer H. Diagnostic accuracy of low-dose CT compared with abdominal radiography in non-traumatic acute abdominal pain: prospective study and systematic review. Eur Radiol 2016; 26: 1766-1774.
2. Kim HY, Park JH, Lee YJ, Lee SS, Jeon JJ, Lee KH. Systematic review and meta-analysis of CT features for differentiating complicated and uncomplicated appendicitis. Radiology 2018; 287: 104-115.
3. Lev-Cohain N, Sosna J, Meir Y, Dar G, Shussman N, Leichter I, Caplan N, Goldberg SN. Dual energy CT in acute appendicitis: value of low mono-energy. Clin Imaging 2021; 77: 213-218.
4. Lena Naffaa, Andrew Barakat, Amro Baassiri1, Lamya Ann Atweh. Imaging Acute Non-Traumatic Abdominal Pathologies in Pediatric Patients: A Pictorial Review. Radiology 2019 ; 13(7):29-43
5. Elbanna KY, Mohammed MF, Chahal T, Khosa F, Ali IT, Berger FH, Nicolaou S. Dual-energy CT in differentiating nonperforated gangrenous appendicitis from uncomplicated appendicitis. Am J Roentgenol 2018; 211: 776-782.
6. Kollár D, McCartan DP, Bourke M, Cross KS, Dowdall J. Predicting acute appendicitis? A comparison of the Alvarado score, the Appendicitis Inflammatory Response Score and clinical assessment. World J Surg 2015; 39: 104-109.
7. Rengo M, Bellini D, de Cecco CN, Osimani M, Vecchietti F, Caruso D, et al. The optimal contrast media policy in CT of the liver. Part I: technical note. Acta Radiol 2011;52: 467–72.
8. Paolantonio P, Rengo M, Ferrari R, Laghi A. Multidetector CT in emergency radiology: acute and generalized non-traumatic abdominal pain. Br J Radiol 2016; 89:12-19.
9. Gore RM, Miller FH, Pereles FS, Yaghmai V, Berlin JW. Helical CT in the evaluation of the acute abdomen. AJR. 2000;174:901–13.
10. F. De Muzio, C. Cutolo, V. Granata, R. Fusco, et al. CT study protocol optimization in acute non-traumatic abdominal settings. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2022; 26: 860-878
11. Mazzei MA, Guerrini S, Lucii G, Mazzei FG, Volterrani L. Bowel obstruction and intestinal ischemia: warnings for radiologists. Abdom Radiol (NY) 2020; 45: 887-888.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Participation and Social Support on Behavior Modification for Dengue Fever Prevention among the Population of Non Somboon Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สังคม สุวรรณกูฏ[1]
SUNGKOM SUWANNAGOOT[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 53 คน รวม 106 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลป่าโมง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การสร้างการมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม โรคไข้เลือดออก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of engagement and social support in modifying dengue prevention behaviors among residents of Non Sombun Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups of 53 participants each, totaling 106 people. The experimental group consisted of residents from Non Sombun Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, while the comparison group consisted of residents from Pa Mong Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the program for eight weeks, whereas the comparison group received the usual program. Data were collected through a questionnaire administered twice, before and after the intervention, from November 5, 2024, to February 5, 2025. Descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and the 25th and 75th percentiles, were used to analyze the data. Differences in the mean scores of variables within the experimental and comparison groups were analyzed using the paired t-test, and differences between the groups were analyzed using the independent t-test, with a significance level set at 0.05.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหม่พัฒนา ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

The findings revealed that, after the intervention, the experimental group showed a statistically significant increase in the mean scores for dengue knowledge, attitudes toward dengue prevention, perceived susceptibility to dengue, perceived severity of dengue, perceived benefits of dengue prevention, perceived barriers to dengue prevention, social support for dengue prevention, and dengue prevention behaviors compared to before the intervention and the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Participation, Social support, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่นทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประเทศไทยตั้งอยู่ โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมียุงลายเป็นพาหะ การระบาดของโรคไข้เลือดออกสามารถสร้างความเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ในทุกช่วงวัย และยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจในประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] มีการประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อโรคไข้เลือดออกประมาณ 390 ล้านคนต่อปี โดยมีผู้ป่วยที่แสดงอาการประมาณ 96 ล้านคน การแพร่ระบาดของโรคนี้ยังเป็นเหตุให้มีการเสียชีวิตมากกว่า 20,000 รายต่อปี การระบาดของโรคไข้เลือดออกนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนและระบบสาธารณสุข เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาและป้องกันการระบาดของโรค รวมถึงการสูญเสียแรงงานที่มีประสิทธิภาพจากการเจ็บป่วย Gubler[2] ได้ชี้ให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย และการป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Smith และคณะ[3] พบว่าการสร้างความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงสามารถลดจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาได้ใช้การสัมภาษณ์และการสำรวจเพื่อวัดระดับความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน และพบว่าชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การวิจัยของ Jones และคณะ[4] แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานท้องถิ่นสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนได้ การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและการสนับสนุนจากภาครัฐเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ยั่งยืน

ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรรวม 6,556 คน แยกเป็นชาย 3,289 คน หญิง 3,267 คน 9 หมู่บ้าน 1,515 ครัวเรือน วัก 4 แห่ง โรงเรียน 11 แห่ง 3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 123 คน ในปี 2566-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 และ 6 ราย คิดเป็น 15.25 และ 91.52 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีทิศทางที่เพิ่มสูงขึ้นและมากกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี[5] ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกในพื้นที่นี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา การขาดความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้การระบาดยังคงอยู่ นอกจากนี้ยัง

พบว่าประชาชนในพื้นที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหานี้ โดยเฉพาะการขาดการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างเป็นระบบและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน การทำวิจัยเรื่อง "ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป การศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีความยั่งยืนในการจัดการโรคไข้เลือดออกในพื้นที่และสามารถนำไปปรับใช้กับชุมชนอื่น ๆ ที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 53 คน รวม 106 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลป่าโมง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การปรับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านกระบวนการระดมแนวคิด การสร้างการรับรู้ผ่านการเล่าประสบการณ์และการแสดงบทบาทสมมติ การสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านกระยวนการการระดมสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยใช้ KR-20 และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.824 ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.804 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.862 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.886 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.789 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.746 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.848 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–188 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 มีอายุเฉลี่ย 29.25 ปี (SD. = 6.99 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.55 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 54.55 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.45 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 3,000 บาท: P_{75} = 8,500 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.27 มีอายุเฉลี่ย 26.58 ปี (SD. = 5.88 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.18 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 50.91 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 49.09 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 3,000 บาท : P_{75} = 8,000 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.77 คะแนน (95% CI=2.10-3.44)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.46 คะแนน (95% CI = 2.55-4.35)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้

โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.09 คะแนน (95% CI=1.41-2.77)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.79 คะแนน (95% CI=1.73-3.84)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.66 คะแนน (95% CI = 0.98-2.33)

3.6ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.40 คะแนน (95% CI=1.70-3.09)

3.7ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.79 คะแนน (95% CI = 0.95-2.63)

3.8 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 1.39-3.43)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม

จังหวัดอุบลราชธานีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากการสร้างโปรแกรมมีการศึกษาข้อมูลพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในหารพัฒนาโปรแกรม รวมถึงการพัฒนาโดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความเกี่ยวข้องมาให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีคุณภาพจึงส่งผลให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของสฤษดิ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ และมาสริน ศุกลปักษ์[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี คือ ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.6 จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การวางแผนกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม “ชุมชนปลอดภัยจากไข้เลือดออก” การติดตามผลการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เมื่อนำรูปแบบกิจกรรมไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์[8] ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิธินาถ ทุนนาน[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทองบน เนาว์แก้ว[10] การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ผลการศึกษาพบว่าระยะที่ 1- 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในช่วงหลังการทดลองวัดซ้ำเพิ่มอีกใน 1 เดือน และ3 เดือน กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และสรินทร พัฒอำพันธ์ และคณะ[11] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออกและบ้านยุงต่อพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พื้นที่ศึกษากรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกด้านการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เช่นเดียวกับพฤติกรรมด้านสำรวจลูกน้ำ ยุงลาย (p-value<0.001) ความพึงพอใจต่อการใช้บ้านยุง คะแนนเฉลี่ย 4.27 ± 0.67 อยู่ใน ระดับพึงพอใจมากที่สุด เช่นเดียวกับด้านประสิทธิภาพการใช้งาน และด้านราคาเหมาะสม ด้านดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ค่า HI เท่ากับ 18.75 10.42 และ 6.25 ตามลำดับ และค่า CI เท่ากับ 15.10 10.94 และ 9.38 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรม เช่น การประชุมร่วมกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน อาจช่วยเพิ่มความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนได้ดีขึ้น

2. การจัดให้มีการฝึกอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่บุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมควรครอบคลุมด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการลดอุปสรรคที่ประชาชนอาจพบเจอในการป้องกันโรค

3. การสนับสนุนให้ชุมชนสร้างเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การสนับสนุนให้ประชาชนมีการแบ่งปันข้อมูลหรือประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มย่อยของชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและลดอุปสรรคที่พบได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายพื้นที่ เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์และความเหมาะสมของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย การวิจัยในพื้นที่อื่นอาจช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

2. ควรใช้การวิจัยแบบติดตามผลระยะยาว เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคในระยะยาว และเพื่อประเมินว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ การติดตามผลหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นอาจช่วยให้เข้าใจถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์

3. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจความคิดเห็นและประสบการณ์ของประชาชนต่อโปรแกรม ควรนำมาใช้ควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และการยอมรับโปรแกรม การใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มจะช่วยให้เห็นถึงข้อดีและข้อจำกัดของโปรแกรมจากมุมมองของผู้เข้าร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Dengue and severe dengue. Retrieved from ttps://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. Gubler, D. J. (2012). Dengue viruses. In J. E. Bennett, R. Dolin, & M. J. Blaser (Eds.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (8th ed., pp. 2137-2155). Saunders.

3. Smith, H. L., Jones, C. L., & Brown, P. R. (2018). Enhancing community participation in dengue prevention through knowledge sharing. Health Promotion International, 33(2), 234-245.
4. Jones, C. L., Smith, H. L., & Brown, P. R. (2020). Community engagement and dengue prevention: A qualitative study. Journal of Public Health, 42(3), 456-462.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำปี 2566. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. สฤษดิ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ และมาสริน ศุกลปักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29 (3), 517-527.
7. อนุกูล พลวัชรินทร์. (2566). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-รันวาคม 2566.
8. ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2565.
9. นิธิ นาถ ทุน นาน. (2567). ผล ของ โปรแกรม การ สร้าง ความ รอบรู้ ใน การ ป้องกัน และ ควบคุม โรค ไข้เลือดออก ของ อาสา สมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน ตำบล ใจดี อำเภอ ขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสาร อนามัย สิ่งแวดล้อม และ สุขภาพ ชุมชน, 9(5), 744-754.
10. ทองบน เนาว์แก้ว. (2565). การ พัฒนา และ ประเมิน ผล รูป แบบ การ ป้องกัน โรค ไข้เลือดออก ของ แกน นำ สุขภาพ ประจำ ครอบครัว (ก ส ค.) โดย ประยุกต์ ใช้ ทฤษฎี การ บริหาร จัดการ POCCC. วารสาร อนามัย สิ่งแวดล้อม และ สุขภาพ ชุมชน, 7(2), 150-159.
11. สรินทร พัฒอำพันธ์, ลินจง บ่อหิรัญรัตน์, ศศิธร ลอเรนซ์, และ อรอนงค์ วุฒิยากรกุล. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออกและบ้านยุงต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พื้นที่ศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์, 23(1), R89–R103.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of a Self-Health Promotion Program for the Elderly in Na Krasang Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ปริชาติ แสนชาติ[1]
PARICHAT SAENCHAT[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 55 คน รวม 110 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a self-care promotion program among elderly individuals in Nakrasang Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 110 participants, divided into two groups of 55 each. The experimental group comprised elderly individuals from Nakrasang Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, while the comparison group included elderly individuals from Thung Thoeng Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in a 12-week program, while the comparison group received the standard program. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the experiment, from November 1, 2024, to January 31, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and the 25th and 75th percentiles. The differences in mean scores within the experimental and comparison groups were compared using paired t-tests, while differences between groups were analyzed using independent t-tests. A significance level of 0.05 was set. The results indicated that after the experiment, the mean difference in scores for health promotion knowledge, health belief patterns, social support, quality of life, and self-care behaviors in the experimental group were significantly higher than before the experiment and significantly higher than those of the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Program, Self-health promotion, Elderly

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขต้องรับภาระในการให้บริการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น[1] ในประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าภายในปี 2040 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่า 20 ล้านคน ปัญหาดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมีหลายด้าน รวมถึงการเสื่อมสภาพของสุขภาพกายและจิตใจ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ[2] นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เช่น การเพิ่มภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โปรแกรมเหล่านี้มักประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด[4] นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของโปรแกรม[5] การศึกษาของ Warburton, Nicol, & Bredin[6] พบว่าการออกกำลังกายเป็นประจำมีผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคกระดูกพรุน และการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาของ Kirk & Rhodes[7] ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคหัวใจ การทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุลช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีพลังงานในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และการจัดการอาหารในชีวิตประจำวันยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และ Richardson et al.[8] ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดการความเครียดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า การใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจลึก ๆ และการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ สามารถช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากร 12,885 คน มีผู้สูงอายุ 1,691 คน คิดเป็นร้อยละ 13.12 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม การที่ชุมชนนี้อยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพหลัก ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9] การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนี้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น การวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลนากระแซงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจถึงวิธีการที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพในชุมชนอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 55 คน รวม 110 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง กิจกรรมการบรรยายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยเกษียณ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย ออกกำลังกาย ยืดเหยียด กลยุทธ์การทานอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต การวางแผนการเงิน การจัดการเวลา การเรียนรู้สิ่งใหม่ กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมอาสาสมัคร การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมเสริมพลัง แบ่งปันประสบการณ์ กลุ่มสนับสนุน แรงบันดาลใจในการใช้ชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้าน

คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่พื้นตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ KR-20 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.798 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.802 การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.826 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.887 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.843 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.867 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–139 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.27 มีอายุเฉลี่ย 65.56 ปี (SD= 3.77 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50.91 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.64 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25}= 800 บาท : P_{75}= 5,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.09 มีอายุเฉลี่ย 65.92 (SD= 4.42) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.82 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 54.55 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.64 มีมัธยฐานของรายได้ 4,500 บาท (P_{25}= 3,000 บาท : P_{75}= 6,000 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.93 คะแนน (95% CI = 2.11-3.74)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95% CI = 2.27-4.08)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.00 คะแนน (95% CI = 1.97-4.02)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.78 คะแนน (95% CI = 1.88-3.67)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.01 คะแนน (95% CI = 2.47-3.56)

3.6ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.08 คะแนน (95% CI = 2.13-4.00)

3.7ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.25 คะแนน (95% CI = 1.09-3.40)

3.8 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 1.39-3.43)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย ออกกำลังกาย ยืดเหยียด กลยุทธ์การทานอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต การวางแผนการเงิน การจัดการเวลา การเรียนรู้สิ่งใหม่ กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมอาสาสมัคร การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมเสริมพลัง แบ่งปันประสบการณ์ กลุ่มสนับสนุน แรงบันดาลใจในการใช้ชีวิต เปิดโอกาสในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐ์ โง้วศิริ และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองมีการบริโภคอาหาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียดดีขึ้น มีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักลดลง มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและข้อกระดูกต้นขาด้านหลังและหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ส่วนด้านสังคมไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองและกลุ่มควบคุม ปรียาภรณ์ นิลนนท์[11] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของ

การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านไม่ต่างกันทางสถิติกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติและพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่พึงประสงค์ สามารถนำไปประยุกต์สำหรับชมรมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา[12] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประพัฒสร ไสวเวียง[13] ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาการทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 กรฐณธัช ปัญญาใส และคณะ[14] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลัง การได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และวลัยนารี พรมลา และจีระวรรณ์ อุดคกิมาพันธ์[15] ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นหลังการได้รับโปรแกรม จากร้อยละ 76 เป็นร้อยละ 98 (ก่อน Mean = 20.11, SD. = 0.79, หลัง Mean = 24.48, SD. = 0.54) และค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 24.48) และทดสอบค่าที พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 3.18, P=.01) 2) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับโปรแกรม จากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 96 (ก่อน Mean = 2.38, SD. = 0.89, หลัง Mean = 2.89 , SD.=0.50) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเพิ่มขึ้น (Mean = 2.39 คะแนน) และทดสอบค่าที พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 3.54, P = 0.01)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรขยายโปรแกรมไปยังชุมชนอื่น ๆ จากผลการวิจัยที่แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุในตำบลนากระแซงมีประสิทธิผล แนะนำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

2. ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดำเนินโปรแกรมให้มีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรมีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เช่น งบประมาณ สื่อการสอน และอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แนะนำให้มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจจัดการประชุมหรือกิจกรรมร่วมระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนในการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพิจารณาขยายขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประชากรที่หลากหลายขึ้น เช่น ผู้สูงอายุจากหลายพื้นที่หรือภูมิภาค เพื่อให้ผลการวิจัยมีความทั่วไปมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

2. ควรมีการวิจัยที่ติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในช่วงเวลาหลายเดือนหรือหลายปี ซึ่งจะช่วยให้เห็นผลกระทบที่ชัดเจนและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาวได้ดีขึ้น

3. ควรการศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองหลายรูปแบบ เพื่อหาวิธีการหรือกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้สูงอายุในบริบทต่าง ๆ การเปรียบเทียบนี้จะช่วยให้นักวิจัยสามารถพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
2. American Diabetes Association. (2019). Standards of medical care in diabetes—2019 abridged for primary care providers. Clinical Diabetes, 37(1), 11-34.
3. Ministry of Public Health. (2018). Annual health report 2018. Ministry of Public Health, Thailand.
4. Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Medicine and Science in Sports and Exercise, 41(7), 1510-1530.
5. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine, 51(6), 843-857.
6. Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ, 174(6), 801-809.
7. Kirk, S. F. L., & Rhodes, R. E. (2011). Health-related behaviors and their determinants. In Health psychology (pp. 151-172). Springer, New York, NY.
8. Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 13(1), 69.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). รายงานสุขภาพประจำปี 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
10. กนิษฐ์ โง้วศิริ, กันยา นภาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2563).

11. ปรียาภรณ์ นิลนนท์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560.
12. เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. PSRU Journal of Science and Technology 2(1): 24-34, 2560.
13. ประพัฒสร ไสวเวียง. (2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2566.
14. กรฐณธัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรี และพิชชานาถ เงินดี. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.
15. วลัยนารี พรมลา และจีระวรรณ์ อุดคกิมาพันธ์ (2561) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL.10 NO.1 January - March 2025

Part IV

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 725
พรทิพย์ ภูสง่า

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน กรณีศึกษา 2 ราย 737
ชุติมา ไชยศิริ

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 746
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส ,ธัชธรรม์ มัฆนาโส

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 756
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 765
ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร ,จุฑานภ พุ้ยน้อย

การบูรณาการการใช้เสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 771
วาสนา ศาสตร์พงษ์

การพัฒนาสารควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็ว ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 780
ภูมิจิตร นิลสุวรรณวงษ์

รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม 793
เกษศิรินทร์ ไชยลาภ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ 805
ขนิษฐา คงทนศิวะกุล ,นิตยา บัวสาย , ชลิตดา ขันแก้ว

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปีพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี 816
ฮาลาวาตี สนิหวี ,อังคณา วังทอง

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร 825
อุดมพร สินธุโคตร ,อรอุมา แก้วเกิด ,ณทุดา อุปวรรณดี

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 832
อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล ,ประทีป อัจฉรานิวัฒน์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง 840
สุธน คุ้มเพชร

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ของจังหวัดระนอง 851
สุธน คุ้มเพชร

การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลอุดรธานี 859
รัชนี เจริญเพ็ง ,ศิวัชญา จิตตะยโศธร

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 870
สุทร สุขรอบ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี 891
ดวงแก้ว ไตรแดง ,ปิยะนุช จันทร์คูณ ,พนิตนาฏ รัศมีธรรมกุล

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568
VOL10 NO.1 January - March 2025
Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร 900
ทรงกลด วัฒนพรชัย ,นิสา พักตร์วิไล ,สุนทรี จีนธรรม และประวรดา โภชนจันทร์

อุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรกของโรงพยาบาลบางปะอิน 910
อริษา พรหมเอื้อ

สมุดปกขาว กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล 918
อนันต์ กนกศิลป์

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 932
สุจิตรา บัวขาว

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง 943
ธนิต บรรสพผล

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 951
วานิช สายยืน

ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน 961
พรลักษณ์ หาญพาณิชย์ ,วรากร คำน้อย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 969
จิตรกร วิเศษปัสสา

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 37 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไดรับยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/LV การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป การส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน การบริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การศึกษาคุณสมบัติของถ่านอัดแท่งจากกากยาสมุนไพร ข้อเสนอแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความหลากหลายทางชีวภาพของไม้ยืนต้น การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH Triage การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ IDEAL Model การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด บันทึกรายงานผลการส่องกล้องด้วยคอมพิวเตอร์ต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การคุมกำเนิดของสตรีไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการผลิตผลงานวิจัย การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

Model of developing the potential of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 aspects, Mueang Kalasin District.

(Received: March 25,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

พรทิพย์ ภูสง่า
Pornthip phoosa-nga

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน จำนวน 81 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน, กิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the understanding of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 areas and to study the model for developing the potential of village health volunteers in screening the health conditions of the elderly in 9 areas in Mueang Kalasin District. The study period is between January and March 2025. The sample consists of 81 village health volunteer representatives in screening the health conditions of the elderly in 9 areas. Data analysis is done by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index after the operation, item by item and overall, were at the highest level. The understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index before and

after the operation were significantly different at the 0.05 level. After the operation, the understanding of village health volunteers in screening the health status of the elderly in 9 areas, Mueang Kalasin District, and the understanding of village health volunteers in daily routines according to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index were better than before the operation.

Keywords: village health volunteers, screening the health status of the elderly in 9 areas, daily routines According to the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index

บทนำ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นิยามบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยจากคานิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุได้ตามกฎหมายของประเทศไทยและจะได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและจะต้องเป็นสัญชาติไทยเท่านั้น นั่นหมายถึง ผู้ที่เดินทางเข้ามาทางานหรืออพยพลี้ภัยเข้ามาในประเทศไทย ไม่สามารถมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือใดจากรัฐทั้งปวง แม้ว่าจะเป็นผู้ที่เสียภาษีอากรให้แก่รัฐก็ตาม “ผู้สูงอายุ” เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสังคมและสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person แต่ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกว่าไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุที่กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 – 55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55 – 75 ปี สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ[10]

เมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายและจิตใจของเราต่างเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ภูมิ

ต้านทานที่เคยแข็งแกร่งเริ่มอ่อนแอลง ระบบอวัยวะต่างๆ ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพเหมือนเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าในวัยอื่นๆ การเจ็บป่วยในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วย การฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วยอาจเป็นไปอย่างเชื่องช้า และไม่สามารถกลับมาแข็งแรงสมบูรณ์ได้เหมือนเดิม ดังนั้น การป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้พวกท่านมีสุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันโรคจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้เราสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ[9] ในวัยนี้ การดูแลสุขภาพพื้นฐานเป็นรากฐานสำคัญของการป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการจัดการความเครียดและรักษาสุขภาพจิตที่ดี ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพเป็นประจำก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม การตรวจสุขภาพประจำปีช่วยให้เราสามารถค้นหาความผิดปกติหรือสัญญาณของโรคในระยะเริ่มต้นได้ การตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และมะเร็ง ก็ช่วยให้เราสามารถรักษาโรคได้อย่างทันท่วงที การฉีดวัคซีนเป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคต่างๆ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ และโรคติดเชื้ออื่นๆ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลสภาพแวดล้อมก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน การปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ การปูพื้นกันลื่น และการจัดแสงสว่างให้เพียงพอ ช่วยป้องกันอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ก็ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ การดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยป้องกันความเหงา และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ[6] เมื่อกล่าวถึงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านที่ควรใส่ใจ สุขภาพด้านการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อและกล้ามเนื้อ ทำให้เคลื่อนไหวลำบากและเสี่ยงต่อการหกล้ม การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การรำไทเก๊ก และการบริหารกล้ามเนื้อ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม สุขภาพด้านการมองเห็นและการได้ยินก็สำคัญไม่แพ้กัน สายตาและประสาทหูของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงตามวัย ทำให้มองเห็นและได้ยินไม่ชัดเจน การตรวจสุขภาพตาและหูเป็นประจำ และการใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตาและเครื่องช่วยฟัง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวก สุขภาพด้านการรับประทานอาหารก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และอาจขาดสารอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ย่อยง่าย และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอ สุขภาพด้านการขับถ่ายก็เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ท้องผูกและปัสสาวะเล็ด การดื่มน้ำให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จะช่วยบรรเทาปัญหาเหล่านี้ได้ สุขภาพด้านการนอนหลับก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก และนอนหลับไม่สนิท การจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้เหมาะสม การ

หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น สุขภาพด้านสมองและจิตใจก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ สมาธิ และอารมณ์ เช่น โรคอัลไซเมอร์และโรคซึมเศร้า การทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเล่นเกม และการเข้าสังคม จะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองและลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า สุขภาพด้านช่องปากและฟันก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับฟันผุ เหงือกอักเสบ และฟันหลุด การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ และการพบทันตแพทย์เป็นประจำ จะช่วยรักษาฟันให้แข็งแรง สุขภาพด้านผิวหนังก็เป็นสิ่งสำคัญ ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางและแห้ง ทำให้เกิดรอยช้ำและแผลได้ง่าย การทาครีมบำรุงผิว การดื่มน้ำให้เพียงพอ และการหลีกเลี่ยงแสงแดดจัด จะช่วยดูแลผิวหนังให้มีสุขภาพดี และสุดท้าย สุขภาพด้านสังคมก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เนื่องจากสูญเสียบทบาททางสังคมและขาดการติดต่อกับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข[9]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะดูเล็กน้อยดั่งเม็ดกรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงดั่งภูผา พร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน[3] กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง โดยการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ซึ่งมี อสม. เป็นหมอคนที่ 1 ใกล้ตัว ใกล้ชิดกับประชาชน ร่วมกับหมอคนที่ 2 และ 3 ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ในด้านปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้มีโอกาสการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อไปในอนาคต และสาเหตุการตายของคนไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในโรคระบบไหลเวียนโลหิต มักเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด โดยมุ่งเน้นให้ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) บทบาทของ อสม. ในฐานะ "หมอคนที่ 1" ตามนโยบาย 3 หมอ คือการทำหน้าที่ค้นหาและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน "Smart อสม." [1] ซึ่งจะช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นและนำไปสู่การวางแผนดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม โดยหมอคนที่ 1 เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพในระดับชุมชน ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นตัวเชื่อมประสานการดูแล และช่วยเหลือส่งต่อ หมอคนที่ 2 และ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[4]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน หมู่บ้านละ 3 คน จากตำบลโพนทอง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 10 หมู่บ้าน ตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 9 หมู่บ้าน และตำบลหนองกุง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 8 หมู่บ้าน รวม 27 หมู่บ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 81 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โดยที่กิจกรรมหรือขั้นตอนในรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

1.3 การดำเนินการตามกิจกรรมในการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

1.4 การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ หมายถึงความเข้าใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .801

2.2 แบบสอบถามความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หมายถึงความเข้าใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 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 (Best, 1991)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .899

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่า ก่อนดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

2. การเปรียบเทียบความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนดำเนินการรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[13] ได้วิจัยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน 3) การนิเทศติดตามโดยพยาบาลวิชาชีพ และ 4) การสรุปบทเรียน ผลการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วรรณวิมล เมฆวิมล[17] ได้วิจัยผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน โปรแกรม

ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การรู้คิด และความเสี่ยงในการดำรงชีวิต และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองสุขภาพโดยอสม.ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระชัย เปียกไธสง [11] ได้วิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI = 1, Reliability = .78) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะข้อมูลเชิงเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจและจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2) การชี้แจงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4) การจัดอบรม “การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” 5) การแบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผน 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) ประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกัน ($p<.01$) และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการแตกต่างกัน($p<.01$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาวต่อไป และสอดคล้องกันกับการศึกษาของ อรวรรณ ศรีเกิน[19] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงระยะที่ 3 ประเมินผล ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน มกราคม 2562–พฤศจิกายน 2562 ผลการศึกษาอธิบาย 3 ส่วนประกอบด้วย ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน กลุ่มป่วยเรื้อรัง ติดเตียง และกลุ่มที่ต้องการให้การดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน งานบริการหลักสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และบทบาท หน้าที่หน่วยงาน กลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ นำใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยนำรูปแบบ วิธีการรวมทั้งผลการวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงการต่อยอดงานวิจัยในประเด็นอื่นได้อีกด้วย

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านและกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยประยุกต์มาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (2564)[2] และคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567)[1]

ส่งผลให้ ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทัศนีย์ รวิวรกุล[20] ได้วิจัยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม และ 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย การคัดกรองใน 9 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ จริยธรรม โภชนาการ และการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว หลังการใช้รูปแบบพบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบถ้วนทั้ง 9 ด้าน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 92.7 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ประเสริฐ อัสสันตชัย[16] ได้วิจัยความแม่นยำของเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุชุมชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแม่นยำของเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย 3 ชนิด ได้แก่ MMSE-Thai 2002, MoCA-T และ TMSE ในผู้สูงอายุชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 221 คน ผลการวิจัยพบว่า MMSE-Thai 2002 มีความไวร้อยละ 92.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.3 ที่จุดตัดคะแนน 24/25 MoCA-T มีความไวร้อยละ 85.7 ความจำเพาะร้อยละ 72.5 ที่จุดตัดคะแนน 24/25 และ TMSE มีความไวร้อยละ 80.8 ความจำเพาะร้อยละ 96.4 ที่จุดตัดคะแนน 27/28 การศึกษาสรุปว่า MMSE-Thai 2002 มีความแม่นยำสูงสุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชุมชน และมีความเหมาะสมสำหรับการใช้งานโดยบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล[22] ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย และ 2) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของอสม.ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) การฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรอง 3) การฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และ 4) การนิเทศติดตาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบ อสม.มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 92.6 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สิรเศรษฐ นันทธีโร[14] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัด นครนายก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบฯ และคืนข้อมูลเพื่อร่วม ออกแบบกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการนำของท้องถิ่นด้วยการร่วม ออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วน ร่วมสำคัญ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์รายงานผล 6) การประเมินผล สภาพความต้องการของผู้สูงอายุ ในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม มีความต้องการมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการยอมรับในสังคม รูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ในชุมชน 3) การให้บริการสุขภาพเชิงรุกของเครือข่ายบริการสุขภาพ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 5) การสร้างความมั่นคงในชีวิต โดย มีปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ คือ 1) บริการทางด้านสุขภาพ คือ การให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก 2) ด้านเศรษฐกิจ คือ การส่งเสริม อาชีพของผู้สูงอายุ 3) ด้านสังคม คือ การส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านให้มีกิจกรรมทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างระบบขนส่งสาธารณะในการให้บริการผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรพัฒนาการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากมีความความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย=3.20, S.D. = 0.41 แปลผล=ปานกลาง)

3.ควรใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพโดยผสมผสานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

4.ควรมีการประชาสัมพันธ์งานสุขภาพภาคประชาชนและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1.กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ. คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.

2.คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

3.กรมสนับสนุนบริการ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.

4.กรมสนับสนุนบริการ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ หลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอประจำบ้านปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204252089496483.pdf

5.กรมสนับสนุนบริการ. แนวทางการจัดบริการ สุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม.ในผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: extension://bfdogplmndidlpjfhoijckpakkdjkkil/pdf/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fosm.hss.moph.go.th%2Fuploads%2FOIT%2FO10_3.pdf

6.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. “คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ” [อินเทอร์เน็ต]. [สถานที่พิมพ์ไม่ได้ระบุ]; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/1236

7.ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจประเมินสุขภาวะและสมรรถนะของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/cms-of-64/

8.สถาบันเวชศาสตรสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข. คูมือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline-table/

9.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2562.

10.มนันญา ภู่แก้ว. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://old.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1536

11.วีระชัย เปียกไธสง. การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา. 2566;5(1).

12.ถิรวัฒน์ ลาประวัติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;3(1).

13.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(2).

14.สิรเศรษฐ นันทธีโร. การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2025/01/บทความเผยแพร่ในวารสาร-สิร เศรษฐ.pdf

15.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, และ วรรณภา ศรีธัญรัตน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการคัด กรองภาวะสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.). วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2563;43(4).

16.ประเสริฐ อัสสันตชัย, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และ อรวรรณ ศิลปะกิจ. ความแม่นยำของเครื่องมือคัด กรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุชุมชน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่ง ประเทศ ไทย. 2564;104(2).

17.วรรณวิมล เมฆวิมล, รังสรรค์ มาระเพ็ญ และ นิพา ศรีชูเปี่ยม. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัคร สาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(2).

18.ศุภนารี วรรณพงษ์, จงรักษ์ หงษ์งาม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา อำเภอ เมือง จังหวัดขอนแก่น: Factors Affecting Life Happiness of Elderly People: An Empirical Study in Amphoe Muang, Khon Kaen Province. Journal of Economics and Management Strategy. 2019;5(2).

19.อรวรรณ ศรีเกิน. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2).

20.ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนทรี ภิญโญมิตร และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(5).

21.รุจิรา ดวงสงค์, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(3).

22. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, สมรักษ์ วันชัย และ ปราณี พงศ์ไพบูลย์. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่ง ประเทศ ไทย. 2561;26(3).

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for children with pneumonia and acute respiratory failure: a case study of two patients.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ชุติมา ไชยศิริ[1]
Chutima Chaisiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้นำแบบแผนของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการดูแลผู้ป่วยและมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะฟื้นฟู และการพยาบาลระยะจำหน่าย โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลซักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ ตั้งแต่การประเมิน การคาดการณ์โอกาสเสี่ยง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ครอบคลุมมีประสิทธิภาพทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิตผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความปลอดภัย

คำสำคัญ :การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This case study aimed to study nursing care for children with pneumonia and respiratory failure at Kalasin Hospital. Study format: A case study of a pediatric pneumonia patient with respiratory failure. 2 people choose the design. Specific to patients admitted to Kalasin Hospital. From August to September 2024, the tools used in the study included data records from patient medical records. Pathology, symptoms and signs, treatment Evaluate nursing problems by applying Gordon's model to Orem's theory of self-care. In patient care, nursing outcomes are evaluated in 3 phases as follows: Critical Care Rehabilitation nursing and discharge nursing by determining nursing diagnoses, providing nursing care, and evaluating outcomes.

Results: Based on the case studies of both cases, it was found that nurses play an important role in caring for patients. From collecting information, taking history, assessing symptoms, monitoring the patient's symptoms. Organizing nursing activities to meet the needs and problems of each patient. Therefore, nurses must be competent. Prediction of risk opportunities, coordination with multidisciplinary teams. Providing information to provide patients with prompt medical care. Coverage is effective and timely to ensure patient safety and reduce the mortality rate of service recipients. Personnel are safe.

Keywords: Nursing Pediatric patients with pneumonia Respiratory failure

บทนำ

ปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และร้อยละ 7-13 มีอาการปอดอักเสบรุนแรงทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ข้อมูลจากระบบรายงานกรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี คือ 573.99 ต่อแสนประชากรคน[1]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลในปี 2564 ถึง 2566 จำนวน 1400, 2011 และ 2463 รายตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 64, 72 และ 86 ราย ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ปีละ 3-5 ราย และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 0.18, 0.24 และ 0.21 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ[2] เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบได้แก่ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการตามวัยภายใต้การดูแลรักษาของกุมารแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังได้ใช้ นำแบบแผนของกอร์ดอนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบมีความยากลำบากยิ่งขึ้น จึงสนใจศึกษารายกรณีเปรียบเทียบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ ผลการวิจัยและทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลันและครอบครัว ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลนำแบบแผนของกอร์ดอนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ที่มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาล
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการผล การตรวจพิเศษอื่นๆ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับกัญหาความต้องการของผู้ป่วย
4. ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน การนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
5. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาลโดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. นำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน

7. เปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลประเมินผลและสรุปผลการศึกษา

8. รวบรวม จัดลำดับ วางแผนรูปแบบเอกสารและตรวจสอบ

9. จัดพิมพ์รูปเล่ม นำเสนอตามขั้นตอน

การวางแผนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลงเนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 2 มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการทำงานของปอดประสิทธิภาพลดลงจากโรคปอดอักเสบ 3. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4. ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ขณะดูดเสมหะ 6. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 7. การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ 8. มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย 9. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหารในร่างกายเนื่องจากมีอาการไข้ หายใจเร็ว 10. บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและป้องกันการเกิดซ้ำ	1. ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลง เนื่องจากทางเดินหายใจบวมและหลอดลมหดเกร็ง 2. มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการทำงานของปอดประสิทธิภาพลดลงจากโรคปอดอักเสบ 3. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ขณะดูดเสมหะ 5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6. การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีกรคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ 7. มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหารในร่างกายเนื่องจากมีอาการไข้ หายใจเร็ว 9. บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและป้องกันการเกิดซ้ำ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 1 ปี 1 เดือน น้ำหนัก 9.5 กิโลกรัม สูง 90 เซนติเมตร อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาด้วยอาการ ไอ หายใจหอบ หน้าอกบุ๋ม ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมา มีไข้ หายใจหอบ ไอมีเสมหะ อาเจียนบางครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยายพามาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ได้พ่นยา 2 dose และได้ยาไปรับประทานที่บ้าน หลังจากนั้นอาการไม่ดีขึ้น วันที่ 30 สิงหาคม 2567 เวลา 09.00 น. มาด้วยหายใจหอบ 48-50 ครั้งต่อนาที มี Retraction ไอมีเสมหะ แพทย์ให้เข้ารักษาที่ตึกเด็ก ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูงด้วยอัตรา 20 ลิตรต่อนาที ใส่สายยางให้อาหารทางปาก งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ให้พ่นยา Adrenaline 1 มิลลิลิตร ผสม Ventolin 0.5 มิลลิลิตร ผสม 3% NaCl ผสม NSS. ให้ได้ 4 มิลลิลิตร หลังพ่นยายังมีหายใจหอบ เสียงหายใจมี wheezing หน้าอก

บุ๋มรั้งขณะหายใจลดลง (Intercostal Retraction) spo_2 97-98 % สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 48 ครั้งต่อนาทีตามเครื่องชีพจร 145 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/34 ผู้ป่วยยังหายใจหอบแพทย์ให้พ่นยา Pulmicort 500 ไมโครกรัม ผสม ventolin 1 หลอดพ่นทุก 20 นาที 2 ครั้ง ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น หลังพ่นยามีภาวะปอดติดเชื้อ หลอดลมตีบและไวต่อสิ่งกระตุ้น ยังหายใจหอบ 48-50 ครั้งต่อนาที ได้ใส่ท่อช่วยหายใจชนิดไม่มีกระเปาะ ลึก 11 เซนติเมตร ส่งตรวจ Tracheal suction for gram stain and culture ใช้เครื่องช่วยหายใจ mode PC/AC FiO_2 0.5 PIP 12 PEEP 5 RR 25 Ti 0.7 ให้ยา Fentanyl 5 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นให้ Fentanyl 125 ไมโครกรัม ผสม 5%DW 25 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 1 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ย้ายหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กเวลา 21.00 น. ผล Chest X-ray พบ interstitial infiltration perihilar infiltration เลื่อนระดับท่อช่วยหายใจลึก 12 เซนติเมตร ปรับอัตราการหายใจเป็น 30 ครั้งต่อนาที ใส่สายสวนปัสสาวะ วันที่ 31 สิงหาคม 2567 เวลา 00.30 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ชีพจร 145 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/34 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 50 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดพบ WBC 19,200 $Cell/m^3$ ค่า Neutrophil 80.7 % ค่า serum lactate มีค่า 1.2 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 20 นาที ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต levophed 0.5 mg ผสม 5%DW 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 14.00 น. รายงานผลตรวจการตรวจกาซในหลอดเลือดดำ PH 7.39 PCO_2 28 PO_2 84 HCO_3 16.9 ปรับอัตราการหายใจในเครื่องเป็น 20 ครั้งต่อนาที บันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที ติดตามผลตรวจเพาะเชื้อเลือด serum lactate CBC BUN Cr Electrolyte Mg Ca Alb VGB Dtx CRP วันที่ 1 กันยายน 2567 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องหยุดยา levophed 0.5 mg ผสม 5%DW 50 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้พ่นยาและให้ปรับยาปฏิชีวนะใหม่เป็น Tazocin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันทุก 8 ชั่วโมง และ Azitromycin 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ปรับ mode เครื่องช่วยหายใจเป็น SIMV FiO_2 0.3 PIP 10 PEEP 5 RR 20 Ti 0.8 ประเมินอาการสัญญาณชีพเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 2 กันยายน 2567 เวลา 10.00 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ ถอดท่อช่วยหายใจและสายสวนปัสสาวะ ให้บำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูงด้วยอัตรา 18 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 keep spo_2 มากกว่า 95 % ผู้ป่วยหายใจได้ไม่หอบ วันที่ 3 กันยายน 2567 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยไอห่างๆครั้งหายใจเองไม่หอบ ถอดออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ให้พ่นยา Adrenaline 1 มิลลิลิตร ผสม Ventolin 0.5 มิลลิลิตร ผสม 3% NaCl ผสม NSS ให้ได้ 4 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง ยา Beradual ½ NB ผสม NSS 4 มิลลิลิตรพ่นทุก 4 ชั่วโมง ฉีดยาตามแผนการรักษา รับประทานอาหารอ่อนและดื่มนมได้ วันที่ 4-6 กันยายน 2567 ผู้ป่วยสดชื่น รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีไข้ มีน้ำมูกใส ไอห่างๆ รับประทานอาหารได้ขับถ่ายปกติได้ยาตามแผนการรักษา วันที่ 7 กันยายน 2567 ผู้ป่วยสดชื่น รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีไข้ ไอห่างๆครั้ง ได้ยาตามแผนการรักษา จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 3 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 14 กิโลกรัม สูง 99 เซนติเมตร อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลรับ refer จากโรงพยาบาลคำม่วง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมา มีไข้ หายใจหอบ ไอมีเสมหะ รับประทานอาหารได้น้อย กินยาลดไข้อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลหายใจหอบ 70 ครั้งต่อนาที ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง ไม่ดีขึ้นจึงใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งมารักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการ

หายใจ 50 ครั้งต่อนาทีตามเครื่อง ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/65 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ให้พ่นยา ฉีดยาตามแผนการรักษา ผลตรวจไวรัส Respiratory Syncytial Virus พบเชื้อในร่างกาย ส่งตรวจ CBC BUN Cr Electrolyte Ca Mg PO_4 Alb ให้ 5%DNSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วันที่ 9 กันยายน 2567 ผู้ป่วยรู้ตัวปลุกตื่นลืมตา หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีเสมหะมากดูดเสมหะให้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาทีตามเครื่อง ชีพจร 101 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/59 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว 148 % พ่นยา Ventolin 0.5 มิลลิลิตร ผสม Adrenaline 0.5 มิลลิลิตร ผสม 0.3% Nacl 0.5 มิลลิลิตร ผสม NSS 4 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมง สลับให้ Pulmicort ½ หลอด ผสม NSS 4 มิลลิลิตรพ่นทุก 6 ชั่วโมง ให้ยาตามแผนการรักษา การตรวจอิเล็กโทรไลต์ โพตัสเซียม 3.4 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ยา E.kcl 10 มิลลิลิตร ทางสายให้อาหาร 3 ครั้ง ทุก 3 ชั่วโมง ให้สารอาหาร Parenterl 100 มิลลิลิตร ทางสายให้อาหารทางปากทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 10 กันยายน 2567 ผู้ป่วยรู้ตัวปลุกตื่นลืมตา หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีเสมหะมากดูดเสมหะให้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาทีตามเครื่อง ชีพจร 95 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/82 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % พ่นยา ให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการ สัญญาณชีพเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 11-12 กันยายน 2567 ถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้ตัวดีสื่อสารรู้เรื่อง รู้ตัวดีสดชื่น ยังมีไอ มีเสมหะ ให้บำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูงอัตรา 20 LPM FiO_2 0.4 keep spo_2มากกว่า 95 % ให้สารน้ำ 5%DNSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาทีตามเครื่อง ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/74 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % ให้อาหารทางสายยางทางปากรับได้ดี วันที่ 13 กันยายน 2567 ผู้ป่วยรู้ตัวดีสดชื่น ยังมีไอ มีเสมหะมาก ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ถอดออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง ให้ออกซิเจนทางจมูก อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาทีตามเครื่อง ชีพจร 96ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/77 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % วันที่ 14 กันยายน ถอดสายให้ออกซิเจน ให้หายใจเอง ผู้ป่วยรู้ตัวดีสดชื่น ยังมีไอห่างๆ มีเสมหะลดลง ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน วันที่ 15 กันยายน 2567 ผู้ป่วยรู้ตัวดีสดชื่น ยังมีไอห่างๆ มีเสมหะลดลง ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	1 ปี 1 เดือน	3 ปี 7 เดือน
สิทธิการรักษา	0-12 ปี	0-12 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	วันนี้มาด้วยอาการ ไอ หายใจหอบหน้าอกบุ๋ม	รับ refer จาก รพ.คำม่วง มีไข้ หายใจหอบ 70 ครั้งต่อนาที on HHHFNC ไม่ดีขึ้นจึง on ETT
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมา มีไข้ หายใจหอบ ไอมีเสมหะอาเจียนบางครั้ง 1 วัน ยายพามาที่ ERได้ยาพ่น 2 dose และได้ยาไปกินที่บ้าน หลังจากนั้นอาการไม่ดีขึ้น	3 วันก่อนมา มีไข้ หายใจหอบ ไอมีเสมหะ รับประทานอาหารได้น้อย กินยาลดไข้อาการไม่ดีขึ้นจึงมา รพ.คำม่วง ถึงรพ.คำม่วง หายใจหอบ 70 ครั้งต่อนาที on HHHFNC ไม่ดีขึ้นจึง on ETT

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ญาติสายตรงในครอบครัวปฏิเสธ Asthma	สุขภาพแข็งแรง
ประวัติการทำงาน	มีญาติที่มาเล่นด้วยเป็นหวัด	อยู่บ้านกับตาและยาย
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการคลอด	คลอดอายุครรภ์ 39^{+6} สัปดาห์ คลอดปกติทางช่องคลอด	คลอดอายุครรภ์ 38^{+6} สัปดาห์ คลอดปกติทางช่องคลอด
การวินิจฉัยโรค	Viral bronchitis	RSV pneumonia with Respiratory failure
ประวัติรับวัคซีน	นัดฉีด JE วันที่ 24 กันยายน 2567	ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์
พัฒนาการ	วิ่งเล่น หยิบจับสิ่งของ เลียนแบบคำพูด 2 พยางค์ ทำตามคำสั่งง่ายๆได้	ทำตามคำสั่งได้ ตอบคำถามง่ายๆได้ ช่วยกิจวัตรตัวเองได้
วันที่เข้ารับการรักษา	30 สิงหาคม 2567	8 กันยายน 2567
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	7 กันยายน 2567	15 กันยายน 2567
การวินิจฉัยโรค	Viral bronchitis with Acute Respiratory failure	RSV pneumonia with Acute Respiratory failure
ตรวจร่างกาย	Lung :suprasternal intercostal subcostal retractin , biphasic wheezing both lung ,fine crepitation both lung	Lung :suprasternal intercostal subcostal retractin, Rhonchi, fine crepitation both lung
การตรวจพิเศษ	30/8/2567 Chest X-ray พบ interstitial infilltration 31/8/2567 Chest X-ray พบ perihilar infiltration, patchy infilltration 30/8/2567 On HHHFNC 30/8/2567 เวลา 22.00 น. - 2/9/2567 On ETT with Ventilator 3/9/2567 On HHHFNC, Cannula	9/9/2567 Chest X-ray พบ interstitial infilltration 8-10/9/2567 On ETT with Ventilator 11-12/9/2567 On HHHFNC 13/9/2567 On Cannula
รวมวันนอนโรงพยาบาล	8 วัน	7 วัน

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินตามแบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยเด็ก มีอาการรุนแรง หายใจหอบหน้าอกบุ๋ม ไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หวาดกลัวร้องไห้ บิดามารดาวิตกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	ผู้ป่วยเด็ก มีอาการรุนแรง หายใจหอบ 70 ครั้งต่อนาที ไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หวาดกลัวร้องไห้ บิดามารดาวิตกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ไอมาก เหนื่อยหอบ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ใส่สายยางให้อาหารทางปาก รับสารอาหารได้ หลังถอดสายให้อาหาร สามารดูดนมได้เพิ่มขึ้น	มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ไอมาก เหนื่อยหอบ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ใส่สายยางให้อาหารทางปาก รับสารอาหารได้ หลังถอดสายให้อาหาร สามารดูดนมได้เพิ่มขึ้น
3. การขับถ่าย	ขณะรักษาผู้ป่วย ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ และมีภาวะช็อคปัสสาวะ ออก 50 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง หลังรักษาภาวะช็อค ผู้ป่วยถอดสายสวนปัสสาวะ สามรถปัสสาวะได้ปกติ	ปกติ
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 48-50 ครั้ง/นาที หายใจหอบ เนื่องจากการ	การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 50-52 ครั้ง/นาที หายใจหอบ เนื่องจากการ

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินตามแบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เช่น เช็ดตัวลดไข้พ่นยา ดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมงทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาลมารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอนจากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย แบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวเปลี่ยนไป	กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เช่น เช็ดตัวลดไข้พ่นยา ดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมงทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอนจากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย แบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวเปลี่ยนไป
6. สติปัญญาและการรับรู้	ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยการเรียนรู้ของมารดาลดลง อารมณ์แปรปรวนหรือไม่เหมาะสมจากความวิตกกังวล	ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยการเรียนรู้ของมารดาลดลง อารมณ์แปรปรวนหรือไม่เหมาะสมจากความวิตกกังวล
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจผลการรักษาพยาบาล	มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจผลการรักษาพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน	เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เป็นเด็กเล็กเพศชาย	เป็นเด็กเล็กเพศหญิง
10. การปรับตัว และการทนทานต่อความเครียด	อาการระยะวิกฤต หายใจหอบเหนื่อย จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดและวิตกกังวล แต่มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้	อาการระยะวิกฤต หายใจหอบเหนื่อย จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดและวิตกกังวล แต่มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้
11. คุณค่าและความเชื่อ	สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนาการสวดมนต์ไหว้พระ	สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนาการสวดมนต์ไหว้พระ

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน (Gordon, 1994) พบว่าแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเด็กเล็กเมื่อเจ็บป่วยบิดามารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวล ต้องการข้อมูลจากทีมสุขภาพ แบบแผนที่มีผลกระทบมากอีกแบบแบบที่มีผลกระทบแตกต่างคือ การเผาผลาญและการขับถ่าย รายที่มีการขับถ่ายผิดปกติร่วมกับมีภาวะช็อค จะต้องการการช่วยเหลือที่มากกว่า จากการประเมินดังกล่าว จึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤติ	1. ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลงเนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 2. มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการทำงานของปอดประสิทธิภาพลดลงจากโรคปอดอักเสบ 3. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	1. ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลงเนื่องจากทางเดินหายใจบวมและหลอดลมหดเกร็ง 2. มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการทำงานของปอดประสิทธิภาพลดลงจากโรคปอดอักเสบ 3. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	
ระยะดูแลต่อเนื่อง	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ขณะดูดเสมหะ 6. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ 7. การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ 8. มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย 9. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหารในร่างกายเนื่องจากมีอาการไข้ หายใจเร็ว 10. บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและป้องกันการเกิดซ้ำ	4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ขณะดูดเสมหะ 5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ 6. การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ 7. มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหารในร่างกายเนื่องจากมีอาการไข้ หายใจเร็ว 9. บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและป้องกันการเกิดซ้ำ
ระยะวางแผนจำหน่าย	11. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ถูกต้อง	10. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

โรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้เด็กรอดชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อน[3,4] จากรายงานผู้ป่วย 2 รายนี้ พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำหน่ายกลับบ้านได้ตามกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน คลายความกังวลลงและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านวิชาการจากการศึกษาควรพัฒนา แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปประยุกต์กับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจโรคอื่นๆ

3. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแบบนิเทศการพยาบาลรายโรคผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคปอดอักเสบ. 2566. [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568. แหล่งข้อมูล:https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php2d=21.
2. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2567). สรุปรายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2564-2567. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

3. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
4. พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา.(2560). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
5. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). Nursing: Concepts of practice.
6. Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
7. อภิญญา ชาญศิริ สุภัจฉรา. (2567) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วย กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย.

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The Development the quality of operational model to prevent and reduce road accidents in Nong Han District, Udon Thani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์[1] พรพิมล มัฆนาโส[2] ธัชธรรม์ มัฆนาโส[2]
Sanit Ngawprommin[1] Phornphimon Muckhanaso[2] Thatchathan Muckhanaso[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุ ทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 20 คน ประชาชน จำนวน 245 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 – เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 – 1 และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของครูเตอร์และริชาร์ดสัน ในการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการจราจร ได้เท่ากับ 0.83 และทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ในการคำนวณหาค่าเชื่อมั่นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการดำเนินงาน ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และความพึงพอใจได้เท่ากับ 0.94, 0.96 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1. กระบวนการการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนน สภาพแวดล้อม และด้านยานพาหนะ 3) ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย 4) ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 2. ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.46) ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจราจร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.68, S.D. = 3.18) มีพฤติกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ทางถนน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.55, S.D. = 0.56) และ 3. ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันและ ลดอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.53)

คำสำคัญ : การพัฒนา/ คุณภาพการดำเนินงาน/ อุบัติเหตุทางถนน

Abstract

This research was action research and development. The objectives are to analyze the process of road accident prevention and reduction for develop the quality of the process of road accident prevention and reduction and for compare result of develop the quality of the process of road accident prevention and reduction operations before and after the development in Nong Han District, Udon Thani Province. The sample group were divided into 3 groups, 20 people responsible for road accidents, 245 population, the group of 18 people who provided information by interview, collected in December 2024 – April 2025. The tool used as a questionnaire and interview form created by researchers. Through the quality inspection by 3 experts, check the quality of the content. Content validity was checked and the IOC value was 0.67 - 1. Analyze the quality of the tool using the Kreuter– Richardson to calculate the reliability value of traffic knowledge equal to 0.83. Test of Cronbach's Alpha Coefficient about quality of operations, accident data and satisfaction is 0.94, 0.96 and 0.84. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, average, standard deviation and paired-test.

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Research results: 1. The process of preventing and reducing road accidents consists of 5 measures:1) management 2) reducing of risk behavior factor affective road accident, environment and vehicles 3) safe road user 4) post accident care 5) creat a participation of network partner 2. The results of process quality development and operations are at high level ($\overline{x}$= 4.70, S.D. = 0.46) Population have an average score of traffic knowledge at a high level ($\overline{x}$ = 15.68, S.D. = 3.18) Behavior to prevent and reduce road accidents at a high level ($\overline{x}$= 4.55, S.D. = 0.56) 3. Results of operation to prevent and reduce road accidents according to the criteria of passing indicators. The sample group is satisfied with the quality of road accident prevention and reduction at a high level ($\overline{x}$ = 4.23, S.D. = 0.53)

Keywords: Development / Operational quality / Road accidents

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ไขปัญหา มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมขับเคลื่อนดำเนินงานตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3.6 ที่ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการชนบนถนนลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2573 และรวมถึงข้อ 11.2 ที่ให้ความสำคัญกับการจัดให้มีการเข้าถึงระบบคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน เข้าถึงได้ ปลอดภัย ในราคาที่สามารถจ่ายได้สำหรับทุกคน พัฒนาความปลอดภัยทางถนน ขยายการขนส่งสาธารณะ และคำนึงถึงกลุ่มสตรี เด็กผู้พิการ และผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 รวมถึงการรับรองกรอบปฏิญญาด้านความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนกันอย่างต่อเนื่อง ภาพรวมสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกจากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ปัจจุบันอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน สัดส่วนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากรถยนต์มากที่สุด ร้อยละ 29 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28 ที่เหลือเป็นผู้ขี่จักรยานและผู้เดินเท้า ร้อยละ 26 และผู้ใช้ถนนอื่น ๆ ร้อยละ 17 โดยประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดเป็นลำดับที่ 9 ของโลก และได้มีความพยายามในการลดอุบัติเหตุด้วยมาตรการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งคือการตั้งเป้าหมาย การลดอุบัติเหตุร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ประเด็นโครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์และดิจิทัล เพื่อบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุบนท้องถนนก่อนปี 2570[1] มีประมาณการผู้เสียชีวิต 32.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน หรือมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 22,491 คน (เฉลี่ย 60 คนต่อวัน) สถานการณ์การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยในภาพรวม โดยมีข้อมูลผู้เสียชีวิตลดลงจากเดิมจากประมาณการครั้งที่ผ่านมาขององค์การอนามัยโลก 2,000 คน แต่ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุดอันดับหนึ่งในเอเชียและภูมิภาคอาเซียน ทั้งนี้สัดส่วนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 74.4 รถยนต์ ร้อยละ 12.3 ผู้เดินเท้า ร้อยละ 7.6 ผู้ขี่จักรยาน ร้อยละ 3.5 และผู้ใช้ถนนอื่น ๆ ร้อยละ 2.3 ซึ่งหากคิดสัดส่วนต่อจำนวนประชากรของประเทศแล้ว ผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจะสูงเป็นลำดับ 1 ของโลก ประกอบกับจากสถิติการจดทะเบียนยานพาหนะของกรมการขนส่งทางบก ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจำนวน 21.69 ล้านคัน จึงทำให้รถจักรยานยนต์มีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 52.93 เมื่อเทียบกับรถจดทะเบียนสะสมประเภทอื่นตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์[2]

ข้อมูลสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2565 –

2567[3] ภาพรวมประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 870,698 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 13,492 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 808,093 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 14,145 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 628,641 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 10,281 ราย ภาพรวมจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 18,379 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 337 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 11,292 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 319 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 8,622 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 232 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 เวลา 11.00 น.)

อำเภอหนองหานมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 22 ราย คิดเป็นอัตราตาย 19.70 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 27 ราย คิดเป็นอัตราตาย 24.23 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 24 ราย คิดเป็นอัตราตาย 20.84 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจากศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ศปถ.อ.หนองหาน ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 เวลา 11.00 น.)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราตายต่อแสนประชากร เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราตายไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร) และกระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนที่ผ่านมายังพบปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ สาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน การใช้ทางลักข้ามถนนและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังพบปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งลดการสูญเสียทางร่างกายและทรัพย์สินของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและ ลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากผลการดำเนินงานตามมาตรการและนำมาปรับใช้และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการพัฒนา

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน มีผลลัพธ์ การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วงจรการปฏิบัติ PAOR[4] ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568 ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนทุกคนในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 20 คน

2. กลุ่มประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60,400 คน

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ คือ ผู้ที่มีความสามารถในการให้ความรู้ และประสบการณ์ จำนวน 18 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) กลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน ปฏิบัติงานอุบัติเหตุทางถนน ทุกคน ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 2) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทยได้ และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทยได้ และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ย้ายออกนอกพื้นที่ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ไม่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบหรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน เลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ประชาชน ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[5] กลุ่มตัวอย่าง 245 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เลือกแบบเจาะจง จำนวน 18 คน

การสุ่มตัวอย่างประชาชนใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ[6] จำแนกตามตำบล หลังจากนั้นนำรายชื่อมา Random โดย computer จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 3068 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนน สภาพแวดล้อม และด้านยานพาหนะ 3) ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย 4) ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

1. การเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา

1.1 จากการดำเนินงานพบว่า คุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.77) มีคุณภาพ มากที่สุดด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ ($\bar{x}$ = 4.87, S.D. = 0.23) รองลงมาได้แก่ ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนนและสภาพแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.38) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงาน เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 20)

กระบวนการดำเนินงาน	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการบริหารจัดการ	4.04	0.70	4.87	0.13	5.455	0.000*	0.51 ถึง 1.14
ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนนและสภาพแวดล้อม	3.70	0.84	4.70	0.38	5.541	0.000*	0.62 ถึง 1.38
ด้านลดปัจจัยเสี่ยง ด้านยานพาหนะ	3.53	0.91	4.45	0.49	4.356	0.000*	0.48 ถึง 1.37
ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย	3.85	0.82	4.60	0.37	3.537	0.002*	0.31 ถึง 1.19
ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ	4.00	0.67	4.87	0.23	5.570	0.000*	0.54 ถึง 1.19
ภาพรวม	3.82	0.67	4.69	0.28	5.692	0.000*	0.55 ถึง 1.19

1.2 จากการดำเนินงานพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจราจร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.68, S.D. = 3.18) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 12.77, S.D. = 2.72) (ตารางที่ 2)

1.3 จากการดำเนินงานพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.55, S.D. = 0.56) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 1.21) (ตารางที่ 2)

1.4 ความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.53)

1.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 100) ซึ่งเป็นผลงานในช่วงเดือน มกราคม - มีนาคม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจราจร ของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ทางถนน ของประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 245)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้	12.77	2.72	15.68	3.18	10.595	0.000*	2.37 ถึง 3.45
พฤติกรรม	4.13	1.21	4.55	0.56	2.519	0.012*	0.89 ถึง 7.24

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา ปี 2567		หลังพัฒนา ปี 2568	
		ผลงาน	การผ่าน	ผลงาน	การผ่าน
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	≤18 ต่อแสนประชากร	11.29	ผ่าน*	6.08	ผ่าน*

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context - input) เป็นระยะเตรียมการผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมาพบว่า 1) การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนยังคงไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะดำเนินการในช่วงเทศกาลเป็นส่วนใหญ่ 2) ถนนที่สัญจรชำรุด เป็นหลุมบ่อ ไหล่ทางแคบ มีต้นไม้บดบังทัศนวิสัยการมองเห็น และตอนกลางคืนแสงสว่างไม่เพียงพอ 3) ถนนเส้นรองหรือถนนในหมู่บ้าน เป็น

ถนนที่เกิดอุบัติเหตุค่อนข้างเยอะ 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่ยังพบปัญหาว่ามีเพียงหน่วยงานสาธารณสุขที่ดำเนินการเชิงรุก ขาดการบูรณาการประสานงานกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) ประชาชนขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจทางกฎหมายและไม่มีวินัยจราจร 6) การบังคับใช้กฎหมาย และ 7) การรับข้อมูลข่าวสารหรือรวบรวมข้อมูลสอบสวนเชิงลึกต้องใช้เวลาพอสมควร ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เคารพกฎวินัยจราจร นอกจากนี้การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจะต้องร่วมมือกันทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชนต่อไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) ระยะนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยจัดทำคู่มือการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และพัฒนากระบวนการดำเนินงาน 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านลดปัจจัยเสี่ยง ด้านถนน สภาพแวดล้อม และด้านยานพาหนะ 3) ด้านผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย 4) ด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ภายใต้แนวทางการดำเนินงานการจัดการความปลอดภัยทางถนนของชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน[7] กระบวนการและเทคนิคในการจัดการจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชน[8] เพื่อให้ชุมชนมีเครื่องมือในการเรียนรู้และจัดการปัญหาของตนเองได้ รวมทั้งสามารถส่งต่อปัญหาส่วนที่เกินกำลังไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การนำมาตรการไปปฏิบัติ โดยผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน พบว่า คุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.77) มีคุณภาพมากที่สุดด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ ($\bar{x}$ = 4.87, S.D. = 0.23) รองลงมาได้แก่ ด้านลดปัจจัยเสี่ยงด้านถนนและสภาพแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.70, S.D. = 0.38) เนื่องจากมีคู่มือการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ทำให้ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต แสนเสนา, ธวัชชัย คำป้อง, และวิลาวัลย์ บุญมี[9] ศึกษารูปแบบ การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตามแนวคิดระบบความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.อำเภอ และบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การบริหารจัดการ “ข้อมูลข่าวสาร” โดยทีมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อชี้เป้า จุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง 3) การสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเชิงระบบ (คน รถ ถนน สิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม) 4) การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.อปท. ต่อเนื่องและยั่งยืน 5) การสร้าง “เจ้าภาพ” 3 ร. (โรงเรียน โรงงาน รัฐ) 6) การดำเนินการตามแผน 7) การกำกับ ติดตาม 8) การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) การประเมินผลจากการดำเนินการปีงบประมาณ 2559 - 2564 จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจาก 866 ครั้ง เป็น 385 ครั้ง (ลดลงร้อยละ 55.54) และจำนวนผู้บาดเจ็บจาก 1,125 ราย เป็น 481 ราย (ลดลงร้อยละ 57.24) แต่อย่างไรก็ตามจำนวนการเสียชีวิตยังไม่บรรลุตามเป้าหมายทศวรรษความปลอดภัยทางถนน ดังนั้น ควรสร้างการมีส่วนร่วมของ ศปถ.อปท. โรงเรียน ชุมชน ครอบครัว ในการแก้ปัญหาแบบองค์

รวม “คนปลอดภัย ถนนปลอดภัย ยานพาหนะปลอดภัย การจัดการความเร็ว”

ระยะที่ 4 การประเมินผล ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการจราจรหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.68, S.D. = 3.18) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 12.77, S.D. = 2.72) เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานมีการดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น รวมถึงมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาตามบริบทในพื้นที่ มีการอบรมให้ความรู้ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้ตรงจุด เนื่องจากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ศิริโสม (2566)[10] ศึกษากระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ. ระดับตำบล มากกว่าก่อนการดำเนินการ และการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ปี 2566 พบว่า การบาดเจ็บลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยปี 62 – 65 แต่ยังมีตำบลที่เกินค่าเฉลี่ย ได้แก่ หลักเมือง ธัญญา หนองแปนและโคกสมบูรณ์ และตำบลที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ตำบลกมลาไสย และมีพฤติกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.55, S.D. = 0.56) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 1.21) เนื่องจากมีการอบรมให้ความรู้ สร้างแกนนำเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงกระตุ้นเตือน ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีการคืนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุ ทางถนนให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรพัฒน์ สุทธิประภา[11] ศึกษาผลการพัฒนาสภาวะแวดล้อม ความรู้และพฤติกรรมการ ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่ตำบลกุดปลาค้าวและตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ในช่วงเวลาเดียวกันของการศึกษา ปี พ.ศ. 2565 (ตุลาคม 2564- มิถุนายน 2565) ภาพรวมมีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 1 เท่าตัว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลกุดปลาค้าว และยังพบว่าไม่มีผู้เสียชีวิตทั้งในตำบลกุดปลาค้าว และตำบลคุ้มเก่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 34.02 คะแนน เป็น 36.33 คะแนน และข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อ การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เมื่อทดสอบคะแนนในภาพรวมทั้ง 7 ด้าน พบว่าหลังใช้มาตรการมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนใช้มาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, t = -6.037) และความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ละด้านมีความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ($p<0.05$, t = -19.594) และสอดคล้องกับการศึกษาของนินราหม๊ะ หมัดอาดั้ม และวีระศักดิ์ เดชอรัญ[12] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ด้วยกลไกศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบททั้งด้านบุคคล สภาพแวดล้อมและระบบ/กลไกในชุมชน 2) จัดเก็บ วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้ชุมชนอย่างต่อเนื่อง 3) ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยงในชุมชน 4) บูรณาการทรัพยากรทั้งคน เงิน สิ่งของ 5) ติดตามสะท้อนผล ทุก 3 เดือน ผลการประเมินรูปแบบพบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านมาตรฐานความถูกต้อง ($\bar{x}$± S.D. ;4.65 ± 0.28)

ด้านมาตรฐานความเป็นไปได้ (4.50± 0.31) ด้านความเหมาะสม (4.48 ± 0.20) ด้านอรรถประโยชน์ (4.36± 0.23) ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน หลังการพัฒนาผลลัพธ์ การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 100) และมีอัตราการเสียชีวิตลดลง เนื่องจากมีการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุแบบครอบคลุมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ผู้รับผิดชอบงานสามารถวิเคราะห์สอบสวนปัญหาเชิงลึกได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุม ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และสิ่งของ รวมทั้งกระตุ้นเตือนและปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี และใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย ส่งผลให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากการใช้รถใช้ถนน ลดการสูญเสียทรัพยากรและทรัพย์สินอันมีค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร[13] ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปัจจัยเสี่ยงและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบผู้ประสบอุบัติเหตุ 1,113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.20 อายุระหว่าง 15 - 24 ปี ร้อยละ 31.90 เวลาเกิดอุบัติเหตุ 16.00 - 18.00 น. ร้อยละ 18.06 ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ร้อยละ 85.50 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.30 ไม่สวมเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 62.80 ถนนในหมู่บ้านร้อยละ 51.90 บาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 78.70 และบาดเจ็บรุนแรงจนเสียชีวิตร้อยละ 21.30 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านคน ปัจจัยด้านรถ ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม 2) การดำเนินงานวิจัยนี้ได้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Sensor Plus Model 3) ประสิทธิผลรูปแบบ พบว่า หลังการดำเนินงานอัตราการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงและมีความแตกต่างต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001, p=0.005 และ p=0.003 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนน ภาคีเครือข่าย และประชาชน มีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.23, S.D. = 0.53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภิวัฒน์ โคตรแก้ว[14] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนอำเภอภูเขียวจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เกิดรูปแบบการพัฒนา คือ 1) รูปแบบการจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ 2) รูปแบบการสอบสวนการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3) รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา 4) รูปแบบการวางแผนงานโครงการ 5) รูปแบบการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 6) รูปแบบการชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 7) รูปแบบการดำเนินงานมาตรการชุมชนด่านชุมชนและด่านครอบครัว 8) รูปแบบองค์กรความปลอดภัยทางถนน 9) รูปแบบสื่อสารความเสี่ยง 10) รูปแบบการรายงานสรุปผลการดำเนินงานผลการประเมินการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน พบว่าตำบลที่มีทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม จำนวน 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 6แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

จำนวน 1 แห่ง การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเกิดนวัตกรรม ด่านชุมชนบ้านสวนอ้อยโมเดลต้นกล้า RTI และด่านครอบครัวต้นแบบ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนหลังพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ การป้องกันการบาดเจ็บทางถนนภาพรวม อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คู่มือการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และอ้างอิงตามคู่มือคู่มือการจัดการความเร็วในชุมชน คู่มือจัดการจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชน และคู่มือการเรียนรู้การจัดการความปลอดภัยทางถนนของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานในระยะต่อไปของการดำเนินงานของชุมชน ควรมีกิจกรรมการคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานให้กับประชาชนได้รับทราบ ถึงแม้กระบวนการวิจัยจะจบลงแต่กระบวนการดำเนินงานของชุมชนยังขับเคลื่อนต่อจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต

4. พัฒนาบทบาทนักวิชาการสาธารณสุขด้านความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เชิงลึก ในพื้นที่ที่มีปัญหาซ้ำซาก หรือมีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง

2. ควรมีแรงจูงใจในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เช่น การยกย่อง เกียรติคุณหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบล ให้เป็นต้นแบบการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ

3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ให้ประชาชนรับทราบและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

4. ในกระบวนการกลุ่มหรือการทำประชาคม ควรศึกษาให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น วัยผู้สูงอายุ วัยทำงาน วัยรุ่น วัยเรียน เป็นต้น เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มทุกวัย

5. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้การวิจัยเชิงเนื้อหาและเชิงวิเคราะห์ โดยใช้พื้นที่วิจัยที่มีขนาดกว้าง ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น ครอบคลุมทั้งปัญหา และอุปสรรค เพื่อสามารถนำมาพัฒนาและปรับปรุงเป็นรูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรผู้ให้บริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทาง

ถนน ภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2567). สถิติเจ็บ-ตายบนถนนไทย ปี 2564 – 2566 เดินหน้าสู่เป้าหมายลดผู้เสียชีวิตก่อนปี 2570. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567. จาก https://tdri.or.th/road-safety/#2
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและแผนจราจร สำนักแผนความปลอดภัย กระทรวงคมนาคม. (2565). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567. จาก https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. (2566). อุบัติเหตุทางถนน. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567.จาก https://www.thairsc.com/
4. Kemmis S, McTaggart R, editors. (1988). The action research planner. Victoria: Deakin University Press.
5. บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสารการวัดผลการศึกษา มศว มหาสารคาม. 2535; 3 (1): 22 – 25.
6. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพานิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
7. วิชุดา เสถียรนาม. คู่มือการจัดการความเร็วในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.); 2556.
8. วิชุดา เสถียรนาม. คู่มือจัดการจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชน (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.); 2559.
9. พิชิต แสนเสนา ธวัชชัย คำป้อง และวิลาวัลย์ บุญมี. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2566; 2 (1): 47 – 62.
10. เบญจมาภรณ์ ศิริโสม. กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8 (4): 781 – 787.
11. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา. ผลการพัฒนาสภาวะแวดล้อม ความรู้และพฤติกรรมการ ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่ตำบลกุดปลาค้าวและตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7 (1): 147 – 157.
12. นินราหม๊ะ หมัดอาดั้ม และวีระศักดิ์ เดชอรัญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ด้วยกลไกศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2 (1): 92 – 106.
13. จุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9 (5): 870 - 882.
14. นภิวัฒน์ โคตรแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนอำเภอภูเขียวจังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.3. 2561; 18 (3): 12 – 24.

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The Development the quality of operations for the elderly, Nong Han District, Udon Thani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์[1] พรพิมล มัฆนาโส[2]
Sanit Ngawprommin[1] Phornphimon Muckhanaso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 27 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 224 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 243 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 – 1 และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1.กระบวนการการดำเนินงานผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น 2. ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.46) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.59) ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3. ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.67)

คำสำคัญ: การพัฒนา/ คุณภาพการดำเนินงาน/ ผู้สูงอายุ

Abstract

This research was research and development. The objective is to analyze the process of operating the elderly. To develop the quality of the elderly operations process and to compare the results of quality development elderly operations before and after development In Nong Han District Udon Thani Province. The sample group was divided into 3 groups: 27 service personnel, 224 people from local network groups, and 243 elderly people. Data collection period: June – October 2024. The research tool was a questionnaire created by researcher and pass validation of the research tool quality check by 5 experts. Index of item objective congruence value was equal to 0.67 - 1 and analyzed for the quality of the tool. by testing for Cronbach's alpha coefficient were 0.91, 0.87 and 0.84, respectively. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and statistics, paired t-test.

The results of study were as follows. 1. The elderly operations process consists of 5 measures: 1) Preparing the population for a quality elderly age 2) Promotion and development of the elderly 3) Development of elderly operations processes 4) Proactive home visiting services in the community and 5) Creating participation of local networks. 2. Results of process quality development Operations are at a high level. ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.46) Participation of network partners is high. ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.59) Elderly people have a level of ability to go about

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

their daily lives at a self-reliant level. Help others community and society have memory ability is at a high level and there is no risk of falls. 3. The results of the operation of the elderly according to the indicators criteria passed, 2 indicators (66.67 percent) and the sample group were satisfied with the quality of the operation of the elderly is at a high level ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.67)

Keywords: Development / Operational quality / Elderly

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นที่สนใจในหลายประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นมาก มีสาเหตุสำคัญมาจากคุณภาพทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจนส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น แต่ในทางกลับกันอัตราการเกิดในประเทศต่าง ๆ กลับลดลง เนื่องจากคนรุ่นใหม่มีบุตรน้อยลงมากเมื่อเทียบกับคนรุ่นก่อน ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ.2050 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จากปี ค.ศ. 2019 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (มากกว่า 1,500 ล้านคน) จากฐานข้อมูลของกรมการปกครองคาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2567 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด หรือ Super Aged Society อย่างเต็มรูปแบบ โดยปี 2566 ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็น 20.17% ของประชากรรวม จากประชากรไทยทั้งประเทศ 66,057,967 คน โดยตัวเลขล่าสุดในเดือนธันวาคม 2566 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 20.1 - 20.2%[2] การประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) พบว่า กลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 96.85 กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ2.54 และกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.61 และร้อยละของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan คิดเป็นร้อยละ 96.20[3]

ประเทศไทย ภายใต้แผนและนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ.2566 - 2580) ซึ่งมีความต่อเนื่องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการเพื่อเตรียมรองรับสังคมผู้สูงวัย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) เป็นการเฉพาะเน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การคัดกรองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการคัดกรองเพื่อป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีการดำเนินการร่วมกับ กรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ เพื่อรณรงค์ อบรมและจัดทำสื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะสมองเสื่อม นำไปสู่การป้องกัน การให้การบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และ การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้สูงอายุ

จากการสำรวจคัดกรอง พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่ากลุ่มติดสังคม มีมากถึงร้อยละ 97.15 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.12 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.73 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566) จังหวัดอุดรธานี พบว่าปีงบประมาณ 2565 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 188,146 คน ร้อยละ 97.16 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 4,682 คน ร้อยละ 2.42 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 817 คน ร้อยละ 0.42 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,920 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,966 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 ด้านการเคลื่อนไหวพบภาวะเสี่ยง จำนวน 4,522 คน คิด

เป็นร้อยละ 2.38 ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 214,639 คน ร้อยละ 96.45 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 7,183 คน ร้อยละ 3.23 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง10 คน ร้อยละ 0.32 การคัดกรองด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 9,375 คน คิดเป็นร้อยละ 4.12 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 2,743 คน คิดเป็นร้อยละ 1.26 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,720 คน คิดเป็นร้อยละ 2.52 และปีงบประมาณ 2567 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 213,894 คน ร้อยละ 96.78 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 6,236 คน ร้อยละ 2.82 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 880 คน ร้อยละ 0.39 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 6,887 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,600 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,336 คน คิดเป็นร้อยละ 2.23

อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 15,266 คน ร้อยละ 97.64 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 321 คน ร้อยละ 2.05 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 48 คน ร้อยละ 0.31 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 418 คน คิดเป็นร้อยละ 2.66 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 ด้าน การเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 394 คน คิดเป็นร้อยละ 2.55 ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 16,415 คน ร้อยละ 95.63 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 690 คน ร้อยละ 4.02 และกลุ่มผู้สูงอายุ ติดเตียง 60 คน ร้อยละ 0.35 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 969 คน คิดเป็นร้อยละ 5.59 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 527 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 และปีงบประมาณ 2567 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 16,834 คน ร้อยละ 95.22 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 774 คน ร้อยละ 4.38 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 71 คน ร้อยละ 0.40 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,087 คน คิดเป็นร้อยละ 5.94 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 1.47 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 469 คน คิดเป็นร้อยละ 2.64

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จากปีงบประมาณ 2565 – จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความคิดความจำ และการเคลื่อนไหว พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมองเสื่อม และพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น และกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมายังพบปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังพบปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร และความเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ผลการดำเนินงานตามมาตรการและนำมาปรับใช้และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการพัฒนา

สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทุกคนในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 241 คน

2. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 2,481 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 17,679 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทยได้สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ย้ายออกนอกพื้นที่ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ไม่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบหรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เลือกแบบเจาะจงบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นและกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[7] กลุ่มตัวอย่าง 224 และ 243 ตามลำดับ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ[8] โดยแบ่งประชากรกลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันมาก และกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามตำบล หลังจากนั้นนำรายชื่อมา Random โดย computer จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่าผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 10167 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่ามี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

1. การเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา

1.1 การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.06, S.D. = 0.57) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.56, S.D. = 0.49) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.44)

1.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.59) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.60) มีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการดำเนินงาน ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.59) (

1.3 ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หลังการพัฒนาอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

1.4 ความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.67) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.63) และด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.68) สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{x}$ = 4.06, S.D. = 0.83)

1.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) โดยพบว่าหลังการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90.18 (เกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 100)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context - input) เป็นระยะเตรียมการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุในอำเภอ หนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมาพบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ตลอดจนมีภาระงานหลายด้าน ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุได้ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน รวมทั้งขาดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรม การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล และ 3) ขาดการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[9] ได้ออกมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งความรู้พื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ คือ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณ จากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) ระยะนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการของการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยจัดทำคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ และกระบวนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ภายใต้แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ[10] ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุโดยการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดบริการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะ

สุขภาพ (CGA) การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล การประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ (Integration) การจัดบริการเข้ากับงานประจำที่มีการดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ

ระยะที่ 3 การนำมาตรการไปปฏิบัติ โดยบุคลากรผู้ให้บริการและการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า

3.1 คุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.06, S.D. = 0.57) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.56, S.D. = 0.49) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.44) เนื่องจากมีคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช [11] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.59) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.60) ซึ่งมีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการดำเนินงาน ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.59) เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมดำเนินการตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล รวมถึงมีความยินดีและภูมิใจที่สามารถส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เครานวล และคณะ (2563)[12] ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุ-วัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลในระดับมากด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย 4.01, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ด้านสังคม เศรษฐกิจ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ด้านจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ย 4.04, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ระยะที่ 4 การประเมินผล ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) หลังการพัฒนา อยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งจากบุคลากรผู้ให้บริการ ชุมชนและภาคีเครือข่ายก็เข้ามามีส่วนร่วมและมีความตระหนักในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการร่วมกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจและใส่ใจผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรนิษฐ์ แสงทองสุข[13] ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้าน

สภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐกันย์ อ่องเอื้อ[14] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้ายคือด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก

ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐาน บุคลากรผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ[15] ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน กลุ่มอาสาสมัคร และวัด กิจกรรมที่มีจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และในผู้ให้บริการการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.12, S.D. = 0.67) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.63) และด้านกระบวนการพัฒนา ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.68) สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ($\overline{x}$ = 4.06, S.D. = 0.83) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร (2565)[16] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, SD = 0.61) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, SD = 0.56) และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภิณ, วรางคณา จันทร์คง

และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์[17] ศึกษาการพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความ พึงพอใจต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุทุกระดับ เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. คู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพ จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากบริบทในแต่ละพื้นที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจจะแตกต่างกันไป และผู้สูงอายุอาจจะมีข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการ

2. ควรมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจจะยกย่องเกียรติคุณให้เป็นต้นแบบของชุมชน

3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงได้ รวมถึงประชาชนทั่วไปได้รับทราบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรผู้ให้บริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). การเผชิญหน้า ‘สังคมผู้สูงอายุ’ โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อวันที่1 พฤษภาคม 2567. จาก https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article
2. กรุงเทพธุรกิจ. (2567). ไทยก้าวสู่ 'สังคมสูงวัย' ระดับสุดยอด กระทบตลาดแรงงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก https://www.bangkokbiznews.com/health/labour/1114984
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2566). รายงานประจำปี 2566. สืบค้นเมื่อวันที่1 พฤษภาคม 2567. จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/download/
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์ห้องค์การทหารผ่านศึก
5. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด.
6. Morse, JM. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American J Infection Control. 30, 376 - 380.
7. บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสารการวัดผลการศึกษา มศว มหาสารคาม. 2535; 3 (1): 22 – 25.

8. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพานิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
9. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด.
10. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
11. ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2 (3), 42 – 54.
12. สุนีย์ เครานวล และคณะ. (2563). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
13. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. หลักสูตรสาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
14. ณัฏฐกันย์ อ่องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
15. ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2562). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา
16. ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร. (2565) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 7(1), 40 – 56.
17. นฤมล บุญโสภิณ, วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 12(1), 172 – 181.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

Health beliefs and its Relation to Dietary Behavior to prevent Non-Communicable Diseases (NCDs) among Junior High School Students in Mueang District, Chonburi Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร[1] **จุฑานภ พุ้ยน้อย**[1]
Trusalak Korkiatthanyakorn[1] **Juthanop Phuynoi**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร, ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 392 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.4 ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 59.9 อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 19.3 ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารระดับดี ร้อยละ 36.0 ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ด้านความสัมพันธ์พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีถึงร้อยละ 87.5

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study knowledge of information on food product labels, health beliefs according to perception, food consumption behavior, and study the relationship between knowledge of information on labels and food consumption behavior, and health beliefs and food consumption behavior to prevent non-communicable diseases. The sample group consisted of 392 lower secondary school students in Mueang District, Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire on health belief patterns related to consumption behaviors to prevent non-communicable diseases of lower secondary school students in Mueang District, Chonburi Province. Data were analyzed using descriptive statistics and the relationship was found using the Chi-square Test between January and December 2024.

The results of the study found that the majority of the sample group was female (55.4%), had a balanced nutritional status (59.9%), were obese and starting to be obese (19.3%), had a good level of knowledge on food product labels (36.0%), and had a moderate level of health beliefs based on perception (71.2%). In terms of relationships, it was found that the relationship between knowledge of information on food product labels and behavior of consuming food that reduces sweetness, fatness, and saltiness to prevent non-communicable diseases was not related and it was found that health beliefs were significantly related to food consumption behavior ($p< 0.05$). The group with good health beliefs had good food consumption behaviors at 87.5 percent.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

Therefore, it is necessary to promote knowledge and health beliefs in food consumption as well as create an environment conducive to good health for students. Through cooperation from relevant agencies, including schools, families, communities, public health agencies, government agencies and private sectors.

Keywords: Health beliefs behavior non-communicable diseases

บทนำ

เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ การได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต การที่เด็กมีสุขภาพดี จะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ แต่จากสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้พฤติกรรมของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต อาทิการรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น ผลจากอิทธิของสื่อโฆษณา ขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง กระตุ้นให้เด็กสนใจ และเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น [1] สอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัย ซึ่งพบว่าเด็กชอบบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวัน บริโภคน้ำอัดลม 1-3 วันต่อสัปดาห์ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรส และโซเดียมสูงเกินความต้องการของร่างกายบ่อยครั้ง และเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [2] นอกจากนี้ สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ในปีงบประมาณ 2557-2562 พบว่าภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดยในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 9.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2562 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น [3] เด็กที่อ้วนมีโอกาสที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 25 และหากมีประวัติครอบครัวที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีน้ำหนักเกิน จะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น 4-5 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ และจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่า [4]

การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวทางในการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพกล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะทำสิ่งต่างๆ ตามความเชื่อนั้น ซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อ และเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่

สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม พบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในเกือบทุกการศึกษา [5]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หาความสัมพันธ์ของความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อสามารถไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สร้างเสริมความตระหนักรู้ และกระตุ้น

ให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลดหวานมันเค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลดหวานมันเค็มกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม , ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 392 คน สุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2567

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 679 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 59.9 อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 19.3

2. ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 36.0 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 และระดับน้อยร้อยละ 29.3

3. ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 20.4 และระดับน้อย ร้อยละ 8.4

4.พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 รองลงมา ระดับน้อยร้อยละ 27.3 และระดับดีเพียงร้อยละ 10.7

5. ความสัมพันธ์ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้อง กันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็มไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับดี ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

6. ความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ถึงร้อยละ 87.5 พฤติกรรมการบริโภคไม่ดีเพียงร้อยละ 12.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี เพียงร้อยละ 30.3 และพฤติกรรมการบริโภคไม่ดีถึงร้อยละ 69.7

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 59.9 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.3 มากกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือปัจจัยทางสุขภาพอื่น ๆ การเฝ้าระวัง และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียน จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต นอกจากนี้โรงเรียนและผู้ปกครองควรมีบทบาทในการให้ความรู้และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี พบร้อยละ 20.4 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี อยู่ในสัดส่วนที่น้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อระดับความเชื่อของนักเรียน เช่น การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ พื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการ และประสบการณ์ส่วนตัวที่มีต่อปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. ในปี 2021 ที่ระบุว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมักมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อต่ำ [6]

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูลบนฉลาก อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ สาสีทา ซึ่งศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการส่งผลต่อการเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพแต่ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและแรงจูงใจของผู้บริโภคที่มีส่วนในการตัดสินใจด้วย ซึ่งแม้ผู้บริโภคจะมีความรู้ด้านโภชนาการสูง แต่การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารยังได้รับอิทธิพลจากโฆษณา และค่านิยมทางสังคม[7,8] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์,ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย และคณะ พบว่าความเข้าใจข้อมูลบนฉลากอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษามีผลต่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ แต่ปัจจัยทางครอบครัว และพฤติกรรมของเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคร่วมด้วย [9] ซึ่งกล่าวโดยสรุปแม้ว่าผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่า ระดับความรู้ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนแต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การโฆษณา และอิทธิพลจากครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของนักเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ ปลูกฝังความเชื่อด้านสุขภาพการบริโภคอาหารควบคู่ไปกับมาตรการทางสังคม จะช่วยกระตุ้นให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อ

ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบกลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อระดับปานกลางมีพฤติกรรมที่ดีลดลง และกลุ่มที่มีความเชื่อน้อย มีพฤติกรรมที่ดีน้อยเช่นกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความเชื่อว่าปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญและตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนในลักษณะที่ช่วยป้องกันโรคมากขึ้นนอกจากนี้ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาของจิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์และอักษรา ทองประชุม พบว่านักเรียนที่ มีความเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากกว่านักเรียนที่ไม่มีความเชื่อนี้ [10] อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มที่มีความเชื่อระดับดีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากที่สุด แต่ก็ยังพบว่ายังมีบางส่วนที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อิทธิพลของครอบครัว ความสะดวกในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ หรือการได้รับอิทธิพลจากสื่อและโฆษณา จึงควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้เยาวชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนและครอบครัว ควรมีบทบาทในการให้ความรู้ และปลูกฝังทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้และความเชื่อในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ครอบครัว และอิทธิพลของสื่อโฆษณา

ดังนั้นควรนำผลการวิจัยไปใช้ส่งเสริมให้ความรู้แก่นักเรียนได้รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยหากิจกรรม เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนักหรือพัฒนารูปแบบให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ต่อนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยชี้ให้เห็นความสำคัญ ผลดีผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควรมีการศึกษาถึงวิธี หรือรูปแบบการสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพของการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อนำไปวางแผนในการดำเนินงานในการป้องกันโรคต่อไป และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของนักเรียนในพื้นที่ต่างกัน เช่น เมืองกับชนบท หรือโรงเรียนรัฐกับเอกชน รวมทั้งบูรณาการหลักสูตรโภชนาการและสุขศึกษาเข้ากับกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ รวมถึงตระหนักถึงผลกระทบของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพในระยะยาว ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริโภคอาหาร และสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการของนักเรียน และสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ในโรงเรียนและชุมชน เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้จากความสนับสนุนอย่างดีจากคณะผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6 นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการ นางศิริพร

จริยาจิรวัฒนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ นางสาวจิรัฏฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางวรรณภาพร งามศิริ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงานและให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ช่วยตรวจสอบจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือเสมอมา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและประชาชนให้มีสุขภาพดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นายเนติ์ ภู่ประสม. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทยพ.ศ. 2564. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/research-person/download?id=104012&mid=35022&mkey=m_document&lang=th&did=24069
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารชองประชากร พ.ศ.2560.กรุงเทพฯ: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/
3. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/childrenschool/download/?did=200462&id=59853&reload=
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วยในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่1: 2557; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
5. Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health education monographs, 2(4), 409-419.
6. Brown K, Green R, Thomas L. The relationship between health beliefs and dietary behavior among adolescents: A meta-analysis. *J Nutr Educ Behav*. 2021;53(3):230-245.
7. รัตนาภรณ์ สาสีทา. ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2021/TU_2021_5917030099_7765_19160.pdf
8. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยพีบีเอส; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipbs.or.th/program/MediaLiteracy/episodes/63747
9. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัยและคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2; 2563.
10. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์และอักษรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2; 2564.

การบูรณาการการใช้เสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

Integration of Village Public Broadcasting and the Role of Village Health Volunteers (VHVs) in Suicide Prevention in Nong Ki District, Buriram Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

วาสนา ศาสตร์พงษ์[1]
Wassana Sathpong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบูรณาการเทคโนโลยีเสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชน งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ที่ดำเนินการในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน 357 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 30 คน เก็บข้อมูลผ่าน แบบสอบถามก่อนและหลังโครงการ (Pre-test และ Post-test), การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ t-test และ ANOVA ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Thematic Analysis

ผลการศึกษาการรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.4 เป็น 4.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนเพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยกลุ่ม อายุ 50 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ($p < 0.001$) ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสุขภาพจิตดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี (ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.58 เป็น 4.35) พฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี (2.47 เป็น 4.11) ประชาชนที่ฟังเสียงตามสายเป็นประจำมีระดับการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ฟังเป็นครั้งคราวQR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยให้ประชาชนสามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ โดยพบว่าร้อยละ 5.71 ของผู้ที่ทำแบบคัดกรองมีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 1.90 มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย, สุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), เสียงตามสาย, QR Code คัดกรองสุขภาพจิต, การแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of integrating village public broadcasting and the role of Village Health Volunteers (VHVs) in suicide prevention and surveillance, as well as the use of QR Code-based mental health screening to enhance public awareness, knowledge, attitudes, and behaviors. This survey research conducted in Thung Kratat Phatthana Subdistrict, Nong Ki District, Buriram Province, Thailand. The sample includes 357 community members and 30 VHVs. Data collection methods consist of pre- and post-intervention surveys (Pre-test and Post-test), in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using t-tests and ANOVA, while qualitative data were analyzed using Thematic Analysis.

The results showed a significant improvement in the perceived role of VHVs, with the mean score increasing from 3.4 to 4.47 ($p < 0.001$). Public knowledge about suicide prevention increased across all age groups, with the most significant improvement among individuals aged 50 years and above ($p < 0.001$). Public attitudes toward mental health improved, especially among those aged over 50 years (mean score increased from 3.58 to 4.35). Mental health surveillance behaviors also improved, particularly among individuals under 30 years (2.47 to 4.11). Community members who regularly listened to public broadcasts

[1] โรงพยาบาลหนองกี่ อ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์

demonstrated higher awareness of VHVs' roles and more positive attitudes compared to those who listened occasionally.The QR Code-based mental health screening system facilitated public mental health self-assessment, revealing that 5.71% of respondents showed signs of depression, and 1.90% were at risk of self-harm.

Keywords. Suicide, Mental Health, Village Health Volunteers (VHVs), Village Public Broadcasting, QR Code-Based Mental Health Screening, Real-Time Alert System

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบทั้งต่อครอบครัวและชุมชนอย่างกว้างขวาง องค์การอนามัยโลก[1] พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 คนต่อปีทั่วโลก ซึ่งเน้นย้ำถึงความร้ายแรงของปัญหานี้ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยที่สถานการณ์การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 7.94 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จแตกต่างกันตามแหล่งข้อมูล จากฐานข้อมูลสุขภาพจิต[2] พบว่าในปี 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.36 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ข้อมูลจากใบมรณบัตร ระบุอัตราที่ 10.39 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในช่วงปี 2564–2566 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ (อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร: 5.68, 8.52 และ 5.68) ซึ่งในปี 2565 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.52 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า 82.8% ของผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี โดย ปัญหาทางจิตเวชและความน้อยใจจากคนใกล้ชิด เป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ 83.33% ของผู้ก่อเหตุเคยแสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้า ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีโอกาสในการเฝ้าระวังและป้องกันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แม้ว่าการพัฒนาด้านการสื่อสารจะก้าวหน้าขึ้น แต่ในพื้นที่ชนบทยังคงเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต เสียงตามสายถือเป็นช่องทางสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง งานวิจัยของ หนึ่งหทัย ขอผลกลาง[3] พบว่า เสียงตามสายช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ พันธวิทย์ เลิศดี (2560) ยังระบุว่าข้อมูลจากเสียงตามสายมีความ ครบถ้วน ทันสมัย และน่าเชื่อถือ ซึ่งช่วยตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดี นอกจากนี้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB) และทฤษฎีความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง (Self-efficacy Theory) ยังถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยองค์ประกอบหลักของ TPB ได้แก่ *เจตคติ (Attitude)* มุมมองที่ดีขึ้นของประชาชนต่อสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือ *บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norms)* การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและ อสม. *การรับรู้การควบคุมตนเอง (Perceived Behavioral Control)* ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องมือช่วยเหลือ เช่น QR Code คัดกรองสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น และ Self-efficacy Theory เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ หากบุคคลมี Self-efficacy สูง จะมีแนวโน้มดำเนินพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้มากขึ้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านเสียงตามสายและ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต ช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตของตนเองและชุมชน

ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตายในระยะยาว การบูรณาการแนวคิด BCC, TPB และ Self-efficacy Theory ช่วยออกแบบโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีการการพัฒนานวัตกรรม QR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยให้การคัดกรองแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น ลดภาระเอกสารและเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ระบบนี้รวมแบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2QPlus, 9Q, 8Q, ST5 และ V-SCAN) ไว้ในแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เข้าถึงได้ผ่านสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ พร้อมระบบรักษาความเป็นส่วนตัว ทำให้ อสม.สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้สะดวก และประชาชนสามารถทำแบบประเมินและรับผลแบบเรียลไทม์ ช่วยให้การเฝ้าระวังสุขภาพจิตรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น[4]

โครงการนี้ช่วยสร้างผลกระทบเชิงบวกที่ยั่งยืนในชุมชน และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และชุมชน สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม บทบาทของพยาบาลจิตเวชในฐานะผู้นำด้านนวัตกรรมและผู้จัดการระบบสุขภาพจิตในชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของโครงการนี้ เป้าหมายหลัก คือ สร้างระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาแนวทางที่ยั่งยืนสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ขยายผลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่าง ๆ ระบบนี้จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตาย ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และสร้างระบบสุขภาพจิตชุมชนที่แข็งแกร่งและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เสียงตามสายร่วมกับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนหลังจากได้รับข้อมูลผ่านเสียงตามสาย

3. เพื่อสำรวจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคม

4. เพื่อวิเคราะห์ผลของ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและระบบแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การใช้เสียงตามสายร่วมกับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

2. ประชาชนที่ได้รับข้อมูลผ่านเสียงตามสายจะมีความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3. อสม. ที่เข้าร่วมโครงการจะมีบทบาทที่สำคัญยิ่งขึ้นในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและระบบแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์จะช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

5. ประชาชนที่มีการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอจะมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพจิต ที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนที่ไม่ได้ใช้

6. ประชาชนที่ฟังเสียงตามสายเป็นประจำจะมีการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจิต มากกว่ากลุ่มที่รับฟังเป็นครั้งคราว

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ประชาชนในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยจะคัดเลือกประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา ซึ่งได้รับการดำเนินโครงการเสียงตามสายในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จะประกอบด้วยประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ และมีส่วนร่วมในโครงการเสียงตามสายเพื่อลดการฆ่าตัวตายในชุมชน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดอย่างมีหลักเกณฑ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยพิจารณาจากเงื่อนไขดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ประชาชน ได้แก่ 1.อายุ 18 ปีขึ้นไป 2.อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา 3.เคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากอสม. ผ่านช่องทางเสียงตามสาย 4.ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้แก่ 1.เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการส่งข้อมูลหรือคำแนะนำในการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านเสียงตามสายในชุมชน 2.มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ประชาชน ได้แก่ 1.ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมทำแบบสอบถามได้ 2.ไม่อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนาหรือไม่ได้รับข้อมูลจากช่องทางเสียงตามสาย 3.ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้แก่ 1.ไม่มีประสบการณ์ในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำผ่านช่องทางเสียงตามสาย 2.ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Krejcie and Morgan

สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรจำนวน *N* คือ

$$S = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1-P)}{(E^2 \cdot (N-1) + X^2 \cdot P \cdot (1-P))}$$

S = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

X = ค่า Z สำหรับระดับความมั่นใจ (Z = 1.96 สำหรับระดับความมั่นใจ 95 %)

P = อัตราการเกิด (โดยปกติจะใช้ค่า P = 0.5 สำหรับความไม่รู้จักของตัวแปร)

E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (โดยทั่วไปใช้ E = 0.05)

N = ขนาดของประชากร (ในกรณีนี้ N =5193)

แทนค่าในสูตร

$$S = \frac{3.8416 \cdot 5193 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.0025 \cdot (5193-1)) + 3.8416 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$S = \frac{3.8416 \cdot 5193 \cdot 0.25}{(0.0025 \cdot 5192) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$S = \frac{4990.63}{12.98 + 0.9604}$$

$$S = \frac{4990.63}{13.9404}$$

$$S = 357.4$$

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 357 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็น 428 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย *ส่วนที่ 1* ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การรับข้อมูลจากเสียงตามสาย *ส่วนที่ 2* ประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย 5 ข้อ (แบบทดสอบ ถูก/ผิด คะแนนเต็ม 5 ข้อ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0) *ส่วนที่ 3* ประเมินทัศนคติต่อสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย 5 ข้อ (ใช้มาตราส่วน Likert Scale

5 ระดับ) *ส่วนที่ 4* ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชน 5 ข้อ (ใช้มาตราส่วน Likert Scale 5 ระดับ) *ส่วนที่ 5* ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการ

2. แบบสอบถามบทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ใช้การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ ฯลฯ) ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อน-หลังโครงการ 8 ข้อ มาตราส่วน Likert Scale 5 ระดับ (จาก 1 = ไม่เห็นด้วยเลย ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด)ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้สำหรับศึกษาบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน วิเคราะห์แนวทางการใช้เสียงตามสายและ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตในมุมมองของ ประชาชนและ อสม. การวิเคราะห์บันทึกข้อมูลเสียงตามสาย เพื่อประเมินเนื้อหาและความถี่ในการออกอากาศเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. QR Code คัดกรองสุขภาพจิต ใช้ แบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2QPlus9Q, ST5 และ VScan) ประชาชนสามารถสแกน QR Code เพื่อตอบแบบประเมินสุขภาพจิตผ่านสมาร์ทโฟน ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติส่งข้อมูลไปยังพยาบาลจิตเวชเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้ทันที

5. แบบประเมินความพึงพอใจ Likert scale มี 5 ระดับ (จาก 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เริ่มต้นด้วยการศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งในระดับชุมชนและระดับสากลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน รวมถึงแนวทางการใช้เสียงตามสายและบทบาทของ อสม. ในการสื่อสารและเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชน

2. การพัฒนาเนื้อหาสำหรับเสียงตามสาย สร้างเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมสำหรับการเผยแพร่ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน โดยมีเนื้อหาหลัก ได้แก่ สัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แนวทางการดูแลสุขภาพจิต และวิธีช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น การเข้าถึงสายด่วนสุขภาพจิต1323 และช่องทางขอรับบริการที่โรงพยาบาลหนองกี่ ข้อมูลบทบาทของ อสม. ในการให้คำปรึกษาและเชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการ

3. การประชุมและคืนข้อมูลให้ชุมชน นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอหนองกี่ ผ่านเวทีประชุมของคณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.)

4. อบรม อสม. เพื่อเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังและสนับสนุนผู้ที่มีความเสี่ยงให้กับ อสม. เพื่อพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3 ส. ได้แก่ **สอดส่องมองหา** เฝ้าระวังพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น การแยกตัว การพูดถึงความสิ้นหวังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผิดปกติ **ใส่ใจรับฟัง** ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ รับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสินหรือกดดัน **ส่งต่อเชื่อมโยง** หากพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง อสม.ส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลหนองกี่ นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับการอบรมการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและการแนะนำให้ประชาชนใช้ QR Code เพื่อทำแบบคัดกรองได้ด้วยตนเอง และ อสม. ยังสามารถช่วยคัดกรองกลุ่มเปราะบาง ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน โดยอสม.สามารถใช้สมาร์ทโฟนของตนเองเพื่อช่วยประชาชนทำแบบคัดกรอง กรอกข้อมูลในแบบคัดกรองให้กับผู้ที่ไม่สามารถทำเองได้ ซึ่งช่วย

ให้สามารถติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

5. การติดตั้งและใช้งานระบบ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต QR Code คัดกรองสุขภาพจิตถูกติดตั้งในพื้นที่สำคัญ ได้แก่ *1. วัด* จุดที่พระและประชาชนมักเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถใช้เวลาคัดกรองสุขภาพจิต*ได้ 2. ศาลาหมู่บ้าน* ศูนย์กลางของชุมชน ใช้เผยแพร่ข้อมูลและให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพจิตได้สะดวก *3. บ้านของ อสม.* จุดให้คำแนะนำและช่วยเหลือประชาชนที่ต้องการรับบริการ มีการเชื่อมโยงระบบ QR Code กับ Google Forms และ Google Sheets เพื่อให้ข้อมูลถูกบันทึกแบบเรียลไทม์ โดยตั้งค่าให้มีการแจ้งเตือนอัตโนมัติ ไปยังพยาบาลจิตเวชเมื่อตรวจพบกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน

6.อสม.ดำเนินการประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์, พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 น. เป็นระยะเวลา 3 เดือน

7. การประเมินประสิทธิภาพโครงการดำเนินการโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการป้องกันและเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ความสามารถของ อสม. ในการให้คำแนะนำและเฝ้าระวังสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมถึงจำนวนประชาชนที่เข้าทำแบบคัดกรองผ่าน QR Code

8. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน เช่น t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังโครงการ และ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองผ่าน QR Code และวิเคราะห์แนวโน้ม ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ธีม (Thematic Analysis) ร่วมกัน เพื่อให้ได้ทั้งการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการตีความเชิงลึกเพื่อสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. และความท้าทายในการดำเนินงาน

9. สรุปผลการวิจัย พร้อมแนวทางบูรณาการเสียงตามสายร่วมกับบทบาท อสม. นำเสนอแก่นายอำเภอ ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อขยายผลการดำเนินงาน จัดทำเอกสารสรุปเป็นแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน

ผลการวิจัย

การรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อนและหลังโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.70$, $p<0.001$) ซึ่งหมายความว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการ คะแนนการรับรู้บทบาทของอสม. สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนโครงการ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการอบรมและสนับสนุนให้ อสม. มีทักษะที่ดีขึ้นในการช่วยเหลือประชาชนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และการรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อนและหลังโครงการในกลุ่มอายุ (<30 ปี, 30-50 ปี, >50 ปี) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่มอายุ ($p < 0.05$) โดยกลุ่ม >50 ปี มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ($t = 7.14$, $p < 0.001$)ทัศนคติในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยกลุ่ม <30 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ($t = 2.39$) พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายดีขึ้นในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะ >50 ปี ($t = 8.61$, $p < 0.001$) การรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยกลุ่ม <30 ปี มีค่า T-value สูงสุด ($t = 9.48$, $p < 0.001$)

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน (ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา , ปริญญาตรีขึ้นไป) เพื่อประเมินว่าระดับการศึกษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้, ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผลลัพธ์ที่สำคัญ ค่า p-value < 0.05 ในทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่ามี

การเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโครงการ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (ปริญญาตรีขึ้นไป) มีค่าคะแนนเริ่มต้นสูงสุดในทุกตัวแปร แสดงถึงความรู้และพฤติกรรมที่ดีกว่าแต่แรก พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดมากในทุกระดับการศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงการมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมในทุกกลุ่ม การรับรู้บทบาทของ อสม. มีการเปลี่ยนแปลงที่มากที่สุดในกลุ่มมัธยมศึกษา (t = 12.31) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากโครงการมากที่สุดในแง่ของการรับรู้บทบาทของ อสม.

ผลกระทบของความถี่ในการรับฟังเสียงตามสาย โดยประชาชนที่ฟังเป็นประจำมีค่าคะแนนการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ฟังเป็นครั้งคราวอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

สรุปจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมการคัดกรองสุขภาพจิตผ่าน QR Code พร้อมระบุเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ข้อมูลนี้ช่วยให้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองกี่ สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจที่ประชาชนมีต่อโครงการเสียงตามสาย โดยแสดงตามช่วงอายุพบว่าทุกช่วงอายุมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ "พึงพอใจมาก" ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโครงการในการตอบสนองความต้องการของประชาชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโครงการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิตผ่านเสียงตามสายมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเสริมสร้างบทบาทของ อสม.ในการดูแลสุขภาพจิตของชุมชน โดยสามารถอธิบายกลไกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนผ่านทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องดังนี้ *1. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Communication - BCC)* เสียงตามสายเป็นสื่อที่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย ช่วยกระตุ้นความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน การให้ข้อมูลซ้ำ ๆ ผ่านเสียงตามสายช่วยลดอุปสรรคด้านความเข้าใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต *2.ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB)* พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับเจตคติ (Attitude), บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norms) และการรับรู้การควบคุมตนเอง (Perceived Behavioral Control) ทัศนคติของประชาชนต่อสุขภาพจิตดีขึ้นหลังโครงการ เนื่องจากเสียงตามสายและบทบาทของ อสม. เป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยเสริมการรับรู้การควบคุมตนเองของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวกขึ้น *3.ทฤษฎีความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง (Self-efficacy Theory)* การที่ประชาชนสามารถคัดกรองสุขภาพจิตของตนเองผ่าน QR Code และได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องช่วยลดความกลัวและอคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ประชาชนรับรู้ว่ามีเครื่องมือที่สามารถใช้ได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ *มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม* ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทัศนคติของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ($t = 6.09$, $p < 0.001$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตมากขึ้นตามวัย พฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ

กลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.47 เป็น 4.11, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่สามารถปรับพฤติกรรมได้เร็วขึ้นและมีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต *บทบาทของ อสม. ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย* การรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ ($t = -6.70$, $p < 0.001$) ประชาชนที่รับฟังเสียงตามสายเป็นประจำมีการรับรู้บทบาทของ อสม. สูงกว่าผู้ที่รับฟังเป็นครั้งคราว ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารที่ต่อเนื่อง *ความแตกต่างตามกลุ่มอายุและระดับการศึกษา* ปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหลังโครงการ เช่น พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ประถมศึกษา $t = 8.11$, $p < 0.001$, มัธยมศึกษา $t = 11.72$, $p < 0.001$) กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น และการเปลี่ยนแปลงยังคงเกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ *การใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต* QR Code เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การเฝ้าระวังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น พบว่าร้อยละ 5.71 ของผู้ที่เข้าร่วมการคัดกรองมีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 1.90 มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวังและให้บริการด้านสุขภาพจิต *ความพึงพอใจต่อโครงการ* ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความพึงพอใจสูง (ค่าเฉลี่ย 4.48, SD = 0.77) ข้อเสนอแนะจากประชาชนเน้นให้เพิ่มความถี่ของการเผยแพร่ข้อมูลและปรับปรุงเนื้อหาให้มีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือมากขึ้น *ข้อจำกัดของการศึกษา* ขอบเขตพื้นที่การศึกษางานวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา ซึ่งอาจไม่สามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นได้ทันที การใช้ QR Code อาจไม่สามารถเข้าถึงประชากรบางกลุ่มที่ขาดทักษะทางเทคโนโลยี เช่น ผู้สูงอายุ การประเมินผลในระยะยาว เสนอให้มีการติดตามผลหลังโครงการเป็นระยะเวลานานขึ้น[5,6] *ข้อเสนอแนะจากประชาชนและชุมชน* ควรดำเนินการใช้เสียงตามสายอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ควรมีการฝึกอบรมให้ อสม. และผู้นำชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและให้คำปรึกษา สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีโดยการใช้ QR Code เพื่อช่วยให้ประชาชนและ อสม. สามารถประเมินสุขภาพจิตของตนเองได้ง่ายขึ้น รวมถึงการให้ อสม. มีบทบาทในการคัดกรองกลุ่มเปราะบางอย่างมีประสิทธิภาพ[8,9]

ผลการศึกษายืนยันว่า โครงการเสียงตามสายมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายขอบเขตโครงการและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพิ่มการเข้าถึง QR Code ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง พร้อมพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

2. เพิ่มความถี่ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต พร้อมปรับปรุงคุณภาพเนื้อหาให้เป็นปัจจุบันโดยอ้างอิงแหล่งที่มาให้ชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง

3. จัดอบรมสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตเสี่ยง

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่านกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้และแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

5. งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็น

พื้นที่ชนบท การนำผลลัพธ์ไปใช้กับพื้นที่เมืองอาจต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น โครงสร้างสังคมและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่อาจดีกว่า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิเคราะห์ผลในระยะยาวว่าเสียงตามสายและ QR Code มีผลต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมของประชาชนหรือไม่

2. ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อหาแนวทางปรับปรุงให้เหมาะสม

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ QR Code เช่น ความพร้อมด้านเทคโนโลยี ระดับการศึกษา และทัศนคติของประชาชน

4. ศึกษาการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชั่นมือถือ AI Chatbot หรือระบบส่งข้อความอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต

5. งานวิจัยนี้ประเมินผลลัพธ์ในช่วงสั้นหลังจากดำเนินโครงการไป 3 เดือน แต่ไม่มีข้อมูลว่าผลกระทบนี้จะยั่งยืนหรือไม่

6. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อดูว่าประชาชนยังคงใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและยังฟังเสียงตามสายอยู่หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก.(2024) การป้องกันการฆ่าตัวตาย: ภารกิจสำคัญระดับโลก (Suicide prevention A global imperative) (อินเทอร์เน็ต). เจนีวา: WHO Press; 2024 (เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779
2. กรมสุขภาพจิต.(2561). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรมสุขภาพจิต.
3. หนึ่งหทัย ขอผลกลาง.(2560). แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 5(2):198-214.
4. กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานอัตราฆ่าตัวตาย 2566 (อินเทอร์เน็ต). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp
5. จักรกริช ไชยทองศร.(2564). ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 14(2):59-69.
6. เกศรินทร์ โชคเพิ่มพูน, วิเชียร ก่อกิจกุศล.(2561). แนวทางการบริหารจัดการหอกระจายข่าวแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลมะเกลือใหม่ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 12(1):118-30.
7. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, อัมพรพรรณ ธีรานุตร.(2564). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 44(3):76-90.
8. นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ.(2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทย์นาวี. 25(3):446-63.
9. พันธวิทย์ เลิศดี.(2560). ช่องทางในการรับรู้ข่าวสารของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพัฒนาชุมชน. 15(1):23-30.

การพัฒนาสารควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็ว ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

The development of In-House internal quality control material for HBs Antigen and HCV Antibody in blood by rapid test at Jainadnarendra hospital.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ภูมิจิตร นิลสุวรรณวงษ์[1]
Poomjit Nilsuwannawong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการหาแนวทางที่เหมาะสมในการเตรียมสารควบคุมคุณภาพที่สามารถผลิตและใช้งานได้เองเพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซีในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็ว พร้อมทั้งประเมินตัวอย่างควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โดยทดสอบความเสถียรของสารควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้นที่เก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส โดยมี 0.1% Sodium azide เป็นสารรักษาสภาพนั้น ได้ทำการทดสอบด้วยแถบทดสอบคุณภาพ ทั้งHBs Ag ,Anti-HCV(วิธีวิเคราะห์เชิงคุณภาพ) จำนวน 2 ระดับ เป็นเวลา 90 วัน วันละ 1 รอบ/สัปดาห์ และเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเสถียรของสารควบคุมคุณภาพที่ 2-8 องศาเปรียบเทียบกับเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศา โดยที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ทำการทดสอบเฉพาะที่รพ.ชัยนาทนเรนทร วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาสารควบคุมคุณภาพภายใน โดยการใช้พลาสมาของเลือดผู้บริจาค ซึ่งตรวจยืนยันแล้วให้ผลลบหรือบวกแล้วเหลือจากการใช้งานรอกำจัดทำลายทิ้งในงานประจำนั้น มาทำให้เชื้อหมดฤทธิ์ (Inactivate) และใช้สารยับยั้งแบคทีเรีย (Preservative) เพื่อลดการปนเปื้อนจากนั้นส่งไปเปรียบเทียบระหว่างห้องปฏิบัติการในเครือข่ายจังหวัดชัยนาทรวม 10 แห่ง ทำการทดสอบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการทดสอบประสิทธิภาพตัวอย่างควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้นเทียบกับสารควบคุมคุณภาพที่ผลิตในเชิงพาณิชย์ พบว่าไม่แตกต่างกันและมีความคงตัวที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเป็นเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ แสดงว่าตัวอย่างควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างควบคุมคุณภาพสำหรับการตรวจ HBs Ag และ Anti-HCV ในเลือดด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็วได้ อีกทั้งยังเป็นต้นแบบให้แก่รพ.อื่นๆในการลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานคุณภาพ และเป็นการสนับสนุนเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ให้สำเร็จอีกด้วย

คำสำคัญ : ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี, สารควบคุมคุณภาพ, การควบคุมคุณภาพ

Abstract

This research was experimental research aimed to study the appropriate method for preparing quality control substances that can be produced and used by themselves for internal quality control of hepatitis B and hepatitis C virus testing in blood with a rapid test kit, and to evaluate quality control samples from a medical technology laboratory by testing the stability of the developed quality control substances stored at 4 degrees Celsius with 0.1% Sodium azide as a preservative. The tests were performed with quality test strips, both HBs Ag, Anti-HCV (qualitative analysis method), at 2 levels for 90 days, once a day/week, and data were collected to test the stability of the quality control substances at 2-8 degrees Celsius compared to storage at -20 degrees Celsius. At -20 degrees Celsius, the tests were performed only at Jainadnarendra Hospital. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study found that the development of internal quality control substances by using donor blood plasma, which has been confirmed to be negative or positive and left over from routine disposal, was inactivated and used a preservative to reduce contamination, and then sent for comparison

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

between 10 laboratories in the Chai Nat network, testing once a week. The results of the efficiency test of the developed quality control sample compared to commercially produced quality control substances showed no difference and were stable at 2-8 degrees Celsius for at least 12 weeks, indicating that the developed quality control sample can be used as a quality control sample for the rapid test kit for HBs Ag and Anti-HCV in blood. It is also a model for other hospitals to reduce the cost of quality operations and support the goals according to the strategic plan to be achieved.

Keywords: Eliminate Viral Hepatits, Hepatis B Virus , Hepatis C Virus, Control material, Quality control

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบระยะยาวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนและโรคมะเร็งตับก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาจำนวนมาก นับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก[1] โดยเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus,HBV) จัดอยู่ในวงศ์ Hepadnaviridae มีจีโนมเป็น DNA วงกลมซึ่งบางส่วนเป็นเกลียวคู่ (circular partially double-stranded DNA) เชื้อจะอยู่ในสารคัดหลั่งของร่างกายเช่นเลือด น้ำในช่องคลอด ระยะฟักตัวอยู่ระหว่าง 45-180 วันปัจจัยเสี่ยงคือ การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันจากการสัมผัสเลือดหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับผู้ที่เป็นพาหะ[2] ซึ่งในปี 2562 องค์การอนามัยโลก(world health organization :WHO) ได้ประมาณการว่า ประชากรโลกประมาณ 296 ล้านคนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี แบบเรื้อรังและส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ประมาณ 820,000 ราย โดยส่วนใหญ่มาจากโรคตับแข็งและมะเร็งตับส่วนเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus,HCV) จัดอยู่ในวงศ์ Flaviviridae มีจีโนมเป็น RNA สายเดี่ยวสายบวก มีเปลือกหุ้ม ขนาด 40-50 นาโนเมตร[3] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าปี2562 มีผู้ป่วยมากถึง 58 ล้านคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 ล้านราย/ปีและมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 290,000 คน/ปี จากภาวะตับแข็งและมะเร็งตับซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญติดต่อผ่านทางเลือดและแพร่เชื้อโดยเลือดที่ถูกปนเปื้อน[4] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าไวรัสตับอักเสบซีโดยมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 2.2-3 ล้านคนและพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับเสบซี ประมาณ 8 แสนคน โดยพบผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและพบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทย จึงตั้งเป้าหมายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้สำเร็จ ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยจัดทำยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พศ.2565-2573 มีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบที่มีประสิทธิภาพ และลดการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบ โดยลดการติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 90 (HBV 95% HCV 80%) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 90 และได้รับการรักษามากกว่าร้อยละ 80 รวมถึงอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ลดลงร้อยละ 65 โดยเพิ่มสิทธิประโยชน์ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับประชาชนทุกคน ทุกสิทธิการรักษาที่เกิดก่อนปี 2535 สามารถตรวจคัดกรองฟรีที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน คัดกรองเร็ว รู้สถานะการติดเชื้อเร็ว จะช่วยลดป่วย ลดเสียชีวิต ลดการเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับได้[5]

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซีนั้น ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) และ การออกหน่วยเชิงรุกเคลื่อนที่ มักนิยมใช้ชุดทดสอบแบบรวดเร็ว (rapid test) เนื่องจากทำ

การตรวจวินิจฉัยได้สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ส่งผลให้สามารถคัดกรองผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการเพื่อทำการป้องกัน ควบคุมและเข้าสู่การรักษาได้รวดเร็วได้อย่างทันท่วงที และเพื่อให้เกิดมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการจำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพของกระบวนการ และชุดทดสอบ โดยใช้สารควบคุมคุณภาพ (Quality Control, QC) หรืออาจกล่าวได้ว่า สารตัวอย่างควบคุมคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่จำเป็นต้องมีไว้สำหรับการควบคุมคุณภาพเพื่อให้ผลการตรวจที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือที่สุด[6]

อย่างไรก็ตาม สารควบคุมคุณภาพที่ผลิตในเชิงพาณิชย์มักมีราคาแพงมาก ต้องเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส อายุการใช้งานสั้น และอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ในบางพื้นที่ ห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่จึงใช้ซีรั่มหรือ พลาสม่าของตัวอย่างทดสอบจากคนไข้ในงานประจำที่ให้ผลบวกและผลลบจากการตรวจด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ นำมาแบ่งบรรจุใส่หลอดทดลองให้เพียงพอต่อการทดสอบในแต่ละครั้งและเก็บรักษาที่-20 องศาเซลเซียส แทน แต่พบปัญหาในความไม่สะดวกในการจัดเตรียม เช่น ไม่มีตัวอย่างผู้ป่วยที่ให้ผลทดสอบเป็นบวก ไม่สามารถตรวจยืนยันด้วยเครื่องอัตโนมัติได้ จึงต้องขอตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพจัดเตรียมให้ เกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อความต้องการ หลายหน่วยงานจึงอาจละเลยไม่ทำการควบคุมคุณภาพซึ่งนอกจากจะไม่ตรงตามข้อกำหนดในมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ฉบับปี 2565 ซึ่งกำหนดให้ต้องมีการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) ให้ครอบคลุมทุกรายการตรวจวิเคราะห์[7] แล้วยังอาจมีผลเสียเกิดความผิดพลาดของผลการทดสอบด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการหาแนวทางที่เหมาะสมในการเตรียมสารควบคุมคุณภาพที่สามารถผลิตและใช้งานได้เองเพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็ว พร้อมทั้งประเมินตัวอย่างควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 28/2567 และศึกษาช่วงตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 ณ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

1.การเตรียมสารควบคุมคุณภาพ

ใช้สารควบคุมคุณภาพที่เตรียมจากตัวอย่างพลาสมาของผู้บริจาคเลือดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่เหลือจากงานประจำ (Leftover specimens) เพื่อรอการกำจัด ซึ่งมีวิธีดำเนินการตามมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ โดยผ่านการตรวจคัดกรองจาก ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่8 จังหวัดนครสวรรค์ สภากาชาดไทย โดยเลือกเป็น 2 ระดับดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ผลลบ :พลาสมาของผู้บริจาคเลือดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่ผ่านการตรวจคัดกรองจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ สภากาชาดไทย แล้วไม่พบแอนติบอดีต่อ HIV,HCV,Syphilis และเชื้อ HBs Ag โดยให้ผลตรวจ Negative

2. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ผลบวก :พลาสมาของผู้บริจาคเลือดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่ผ่านการตรวจคัดกรองจาก ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ สภากาชาดไทย แล้วตรวจพบแอนติเจนต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBs Ag positive) พลาสมาที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี(Anti-HCV positive) แยกแต่ละประเภท โดยให้ผลการตรวจเป็น Positive (HBs Ag=3786.31 S/CO, Anti-HCV=19.71 S/CO)

นำ พลาสมา ไปละลายที่ 37 องศาและไป inactivate ที่ 56 องศา นาน 30 นาที สำหรับการทดสอบ HBsAg และนำไป inactivate ที่ 56 องศา นาน 40 นาที สำหรับ Anti-HCV จากนั้นเติมสาร 0.1% Sodium azide เพื่อต้านแบคทีเรียและสารกันบูด (Preservative) แล้วจึงนำมาแบ่งบรรจุหลอดทดลองละ 5 ml เก็บรักษาสารควบคุมคุณภาพที่ 2-8 องศาเซลเซียส และ แบ่งใส่หลอดไมโครทิวป์ ปริมาตร 500 µl เก็บรักษาที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ก่อนนำไปศึกษาต่อไป โดยแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้

1.สำหรับการทดสอบ HBsAg rapid test ให้เตรียมหลอด HBs Ag negative จำนวน 20 หลอด HBsAg positive 20 หลอด ไว้ที่อุณหภูมิ 2-8 องศา เพื่อส่งแต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการและเตรียมหลอด HBs Ag negative จำนวน 20 หลอด HBsAg positive จำนวน 20 หลอด ไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศา ไว้ทดสอบที่รพ.ชัยนาทนเรนทร

2.สำหรับการทดสอบ Anti-HCV rapid test ให้เตรียมหลอด Anti-HCV negative จำนวน 20 หลอด Anti- HCV positive จำนวน 20 หลอด ไว้ที่อุณหภูมิ 2-8 องศา เพื่อส่งแต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการและเตรียมหลอด Anti-HCV negative จำนวน 20 หลอด Anti-HCV positive จำนวน 20 หลอด ไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศา ไว้ทดสอบที่รพ.ชัยนาทนเรนทร.

และแบ่งพลาสมาทั้งสองการทดสอบส่งไปทดสอบที่ Lab มาตรฐานได้รับการรับรองISO เพื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบให้สอดคล้องกันทั้งหลอดควบคุมผลลบและผลบวก ก่อนที่จะนำส่งไปยังแต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการส่วนหลอดที่เหลือเก็บไว้สำรอง

2.การศึกษาสมบัติของสารควบคุมคุณภาพ

เนื่องจากเป็นการทดลองเตรียมสารควบคุมคุณภาพ (Reference materials)จึงทำตามแนวทางของ ISO /Guide80:2014 โดยดำเนินการดังนี้ [8]

2.1 การศึกษาความเป็นเนื้อเดียว (homogeneity test):

หาค่าความเป็นเนื้อเดียวของสารควบคุมคุณภาพ โดยได้ทำการตรวจสอบทุกขวด เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างของผู้ป่วยโดยตรงและไม่ได้มีการเจือจาง ซึ่งมีจำนวนไม่มากจึงทำการตรวจสอบทุกขวด โดยไม่ได้ทำการสุ่ม และทำการทดสอบด้วยชุดตรวจแต่ละผลิตภัณฑ์ เพื่อยืนยันว่าให้ผลเป็นลบ และบวก สอดคล้องกันจริง หลังเตรียมสารควบคุมคุณภาพเสร็จ และส่งให้แต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมการศึกษาไปทดสอบ

2.2 การศึกษาความคงสภาพ (stability test):

การทดสอบความเสถียรของสารควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้นที่เก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส โดยมี 0.1% Sodium azide เป็นสารรักษาสภาพนั้น ได้ทำการทดสอบด้วยแถบทดสอบคุณภาพ ทั้งHBs Ag ,Anti-HCV(วิธีวิเคราะห์เชิงคุณภาพ) จำนวน 2 ระดับเป็นเวลา 90 วัน วันละ 1 รอบ/สัปดาห์ และเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเสถียรของสารควบคุมคุณภาพที่ 2-8 องศา เปรียบเทียบกับเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศา โดยที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ทำการทดสอบเฉพาะที่รพ.ชัยนาทนเรนทร

ข้อมูลชุดผลิตภัณฑ์

ชุดทดสอบ HBs Ag และ Anti-HCV แบบรวดเร็วในการประเมินครั้งนี้เป็นวิธี Later flow chromatographic immunoassay ทั้งหมด ซึ่งมีรายละเอียดผลิตภัณฑ์ ดังนี้

1.การทดสอบไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Test) ทั้งหมด 8 ผลิตภัณฑ์ แบ่งตามรูปแบบได้เป็น 2 ชนิด คือ (1).รูปแบบแถบ(Strip) จำนวน 3. ผลิตภัณฑ์ (2) รูปแบบตลับ (Cassette) จำนวน 5 ผลิตภัณฑ์

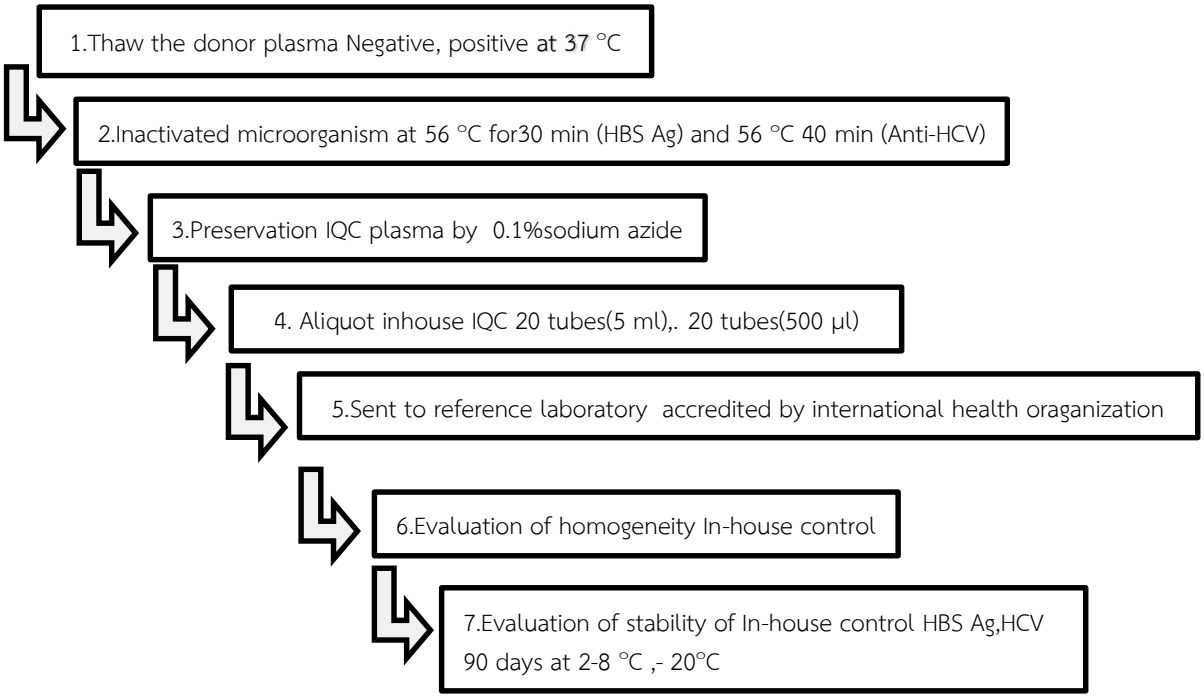
2.การทดสอบไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Test) ทั้งหมด 7 ผลิตภัณฑ์ แบ่งตามรูปแบบได้เป็น

2 ชนิด คือ (1).รูปแบบแถบ(Strip) จำนวน 2. ผลิตภัณฑ์ (2) รูปแบบตลับ (Cassette) จำนวน 5 ผลิตภัณฑ์

3. การประเมินสารควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเครือข่ายจังหวัดชัยนาท

ห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 10 แห่ง ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการที่อยู่ในเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของจังหวัดชัยนาท ภาครัฐบาล 8 แห่ง ภาคเอกชน 2 แห่งซึ่งได้ยินยอมสมัครเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้วนั้น ผู้วิจัยนำส่งสารควบคุมคุณภาพ ซึ่งมีความแตกต่างของผลการทดสอบให้กับห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการโดยให้มารับที่โรงพยาบาลหลักพร้อมภาชนะนำส่งที่บรรจุถุงน้ำแข็ง (ice pack) เพื่อรักษาอุณหภูมิ รวมทั้งเอกสารต่างๆได้แก่ คู่มือโครงการ แบบฟอร์มการรายงานผล กำหนดการให้ส่งผลกลับทางจดหมายและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โดยทดสอบ 4 ครั้ง/เดือน เป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งแต่ละห้องปฏิบัติการทำการทดสอบอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับเกณฑ์การประเมินผลการทดสอบคือ เปรียบเทียบค่าที่รายงานของสมาชิกกับค่าเป้าหมายที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ Positive Weakly positive Negative และแปลผลการประเมินคุณภาพการตรวจได้เป็นดี (Excellence) คือการรายงานผลที่ตรงกับค่าเป้าหมายและผลการประเมินคุณภาพ ยอมรับไม่ได้ (Unacceptable) คือการรายงานผลตรวจที่คลาดเคลื่อนจากค่าเป้าหมาย เช่น จาก Positive เป็น Negative สำหรับการรายงานผลที่ส่งกลับไปยังสมาชิกจะมีการรายงาน 2 แบบ คือ การรายงานเฉพาะของสมาชิก (Individual report)และการรายงานผลของสมาชิกโดยรวม (Summary report) โดยภาพรวมของวิธีการทั้งหมดได้แสดงใน Fig1 และFig2

Step1: Preparation of In-House IQC



Step2:Evaluation of internal laboratory proficiency test

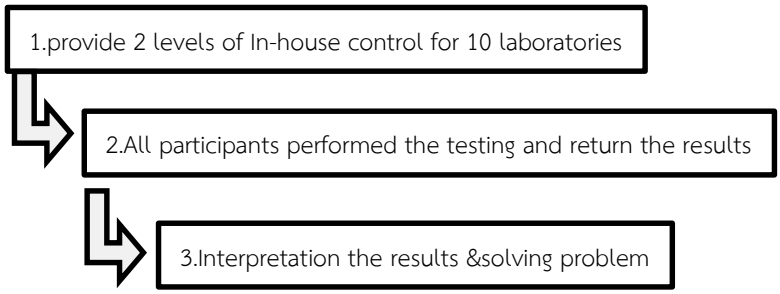


Figure 1:Diagram showing the conceptual framework of the study

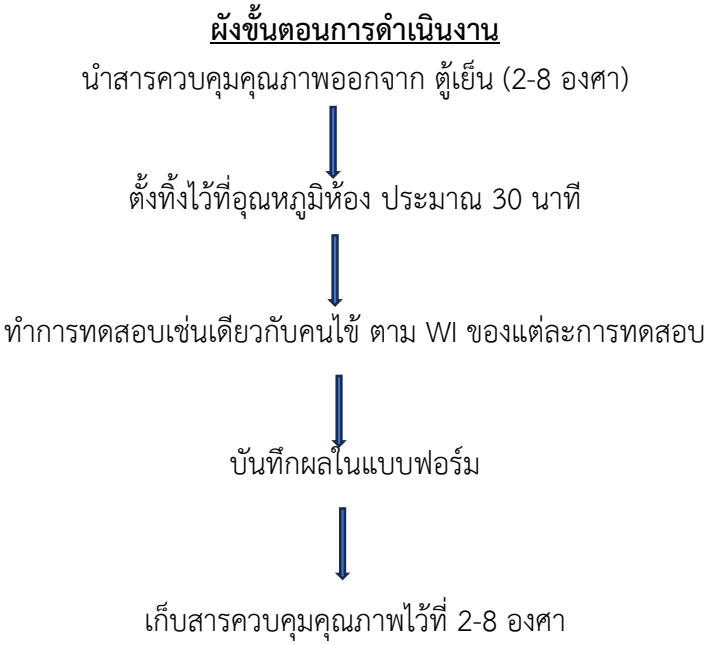


Figure 2:Flow chart for participants

ผลการวิจัย

จากการเตรียมสารควบคุมคุณภาพที่เตรียมจากตัวอย่าง พลาสมาของผู้บริจาคเลือดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่เหลือจากงานประจำ (Leftover specimens) เพื่อรอการกำจัด นั้นมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมสารควบคุมคุณภาพ

เมื่อดำเนินการเตรียมสารควบคุมคุณภาพทั้ง 2 กลุ่มคือพลาสมาที่ให้ผลลบ และ.พลาสมาที่ให้ผลบวกตามขั้นตอนมีการยับยั้งเชื้อ(inactivated serum) และใส่สารกันบูด(Preservative) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนแล้วนั้น ได้แบ่งพลาสมาส่งไปทดสอบยังห้องปฏิบัติการมาตรฐานที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO15189 และมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (LA) เพื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบให้สอดคล้องกันทั้งหลอดควบคุมผลลบและผลบวก อีกด้วย ก่อนที่จะนำส่งสารควบคุมคุณภาพไปยังแต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ

2. การศึกษาสมบัติของสารควบคุมคุณภาพ

2.1 การศึกษาความเป็นเนื้อเดียว (homogeneity test):

เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่อง มีห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 แห่ง จึงได้ทำการประเมินความเป็นเนื้อเดียวกันของสารควบคุมคุณภาพที่เตรียมขึ้นในเชิงคุณภาพทั้ง 2 ระดับคือผลลบและผลบวก ด้วยการตรวจสอบความเป็นเนื้อเดียวกันทุกขวด โดยไม่ได้ทำการสุ่ม และทำการทดสอบด้วยชุดตรวจแต่ละผลิตภัณฑ์ที่มีใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดย

1..การทดสอบไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Test) ทั้งหมด 8 ผลิตภัณฑ์ คือ Standard Q, HBs Ag ACRO Rapid Test , ALL Test HBs Ag/HCV Combo Rapid Test, One Step HBsAg Wondfo , EGENS HBsAg test strip One Step Test Device, Bioline Rapid diagnostic test , Blue Cross One Step HBsAg Test ,และ RightSign HBs Ag test cassette และ

2.การทดสอบไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Test) ทั้งหมด 7 ผลิตภัณฑ์ คือStandard Q, HBs Ag ACRO Rapid Test , ALL Test HBs Ag/HCV Combo Rapid Test, One Step HBsAg Wondfo , EGENS HBsAg test strip One Step Test Device, Bioline Rapid diagnostic test , Blue Cross One Step HBsAg Test , เพื่อยืนยันว่าให้ผลการตรวจเป็นลบ และผลการตรวจเป็นบวก สอดคล้องกันจริง ก่อนส่งให้แต่ละห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมการศึกษาต่อไปซึ่งพบว่าให้ผลถูกต้องตรงกับค่าเป้าหมาย ทั้งหมด

2.2 การศึกษาความคงสภาพ (stability test):

การประเมินความเสถียร คงสภาพของตัวอย่างควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้นจำนวน 2 ระดับ (ผลบวกและผลลบ)ที่อุณหภูมิ 2-8 องศากับอุณหภูมิ 20 องศา พบว่าผลการทดสอบเชิงคุณภาพไม่มีความแตกต่างกัน ในระยะเวลา 3 เดือน ของการทดสอบไวรัสตับอักเสบบี (HBs Ag) ดังตารางที่ 1 และไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) ดังตารางที่ 2

Table 1 : Stability testing of HBsAg

อุณหภูมิ 2-8 องศา

HBsAg	เดือนที่1				เดือนที่2				เดือนที่3				หมายเหตุ
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ข้อสังเกต													

อุณหภูมิ -20 องศา

HBsAg	เดือนที่1				เดือนที่2				เดือนที่3				หมายเหตุ
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ข้อสังเกต													

Table 2 :Stability testing of Anti-HCV

อุณหภูมิ 2-8 องศา

HCV	เดือนที่1				เดือนที่2				เดือนที่3				หมายเหตุ
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ข้อสังเกต													

อุณหภูมิ -20 องศา

HCV	เดือนที่1				เดือนที่2				เดือนที่3				หมายเหตุ
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ข้อสังเกต													

3. การประเมินสารควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเครือข่ายจังหวัดชัยนาท

ผลการประเมินสารควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเครือข่ายจังหวัดชัยนาทเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซีในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็วด้วยสารควบคุมคุณภาพที่พัฒนาขึ้นจากตัวอย่าง พลาสมาที่เตรียมเพื่อทดสอบ HBsAg,Anti-HCV ด้วยวิธี rapid test ซึ่งจัดส่งให้ห้องปฏิบัติการ 10 แห่งในจังหวัดชัยนาท ทดสอบและเก็บข้อมูล 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีค่าเป้าหมาย Positive และ Negative พบว่า สารควบคุมคุณภาพ ทั้ง HBsAg และ Anti-HCV นั้นให้ผลถูกต้อง ชัดเจน ตรงเป้าหมายตามเกณฑ์ Excellence ร้อยละ 100 ทั้งสองการทดสอบ

สรุปและอภิปรายผล

การวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีที่รวดเร็วช่วยให้แพทย์สามารถเริ่มการรักษาได้ทันเวลา เลือกใช้ยารักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย จึงทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมและรักษาโรคนี้ให้หายขาด โดยการตรวจคัดกรองด้วยการทดสอบวินิจฉัยอย่างรวดเร็วด้วยชุดตรวจ rapid test นั้น มีขั้นตอนการทดสอบไม่ยุ่งยาก รายงานผลตรวจได้อย่างรวดเร็ว และไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ช่วยให้สามารถตรวจคัดกรองได้จำนวนมาก ทันเวลาและคุ้มค่า โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางซึ่งการทดสอบทั่วไปมักไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยจากแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองชุกรุกได้แนะนำให้คัดกรองด้วย วิธี rapid test (RPDs) หรือ point of care screening test ได้ซึ่งการออกหน่วยคัดกรองเชิงรุกจะทำให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการคัดกรองได้อย่างรวดเร็วและสามารถส่งต่อผู้ที่มีผลการติดเชื้อเข้าสู่ระบบทำการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งชุดตรวจที่ใช้ทดสอบต้องมีประสิทธิภาพเพื่อคัดกรองคนที่ผิดปกติเข้าสู่ระบบได้[9,10,11,12] ดังนั้นสารควบคุมคุณภาพสารสำหรับควบคุมคุณภาพภายในของชุดตรวจ (Internal quality control) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการควบคุมคุณภาพเพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด ช่วยให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เนื่องจากพบว่าการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็วอาจมีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนสูงกว่าการตรวจในห้องปฏิบัติการ ปัญหาของชุดตรวจ Rapid Test แบบ Chromatography หรือ Lateral Flowความแม่นยำต่ำเมื่อเทียบกับเทคนิคที่ละเอียดกว่าชุดตรวจแบบ Lateral Flow มักมีปัญหาเกี่ยวกับ

ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเทคนิคในห้องปฏิบัติการ เช่น ELISA และ RT-PCR ซึ่งอาจให้ผลลัพธ์ที่คลาดเคลื่อน เช่น ผลลบลวง (False Negative) หรือผลบวกลวง (False Positiveและโดยจะให้เพียงผลเชิงคุณภาพ (Qualitative results) หรือบางครั้งการแปลผลด้วยสายตามนุษย์อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการตีความ ผลบวกปลอม ผลลบปลอม[13] [14] [15] รวมถึงปัจจัยเรื่องอายุการใช้งานและการเก็บรักษาชุดตรวจ Rapid Test นั้นมีข้อจำกัดของอายุการใช้งานที่สั้น และต้องการการเก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมซึ่งความไวต่อสภาวะแวดล้อม เช่น ความชื้น ความร้อน หรือการปนเปื้อนจากตัวอย่าง หากจัดเก็บไม่ถูกต้อง ประสิทธิภาพของชุดตรวจอาจลดลงจนให้ผลลัพธ์ผิดพลาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลการตรวจที่ไม่เชื่อถือได้ ดังนั้นการควบคุมคุณภาพจะสามารถช่วยป้องกันการให้ผลการตรวจที่ผิดพลาด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยการควบคุมคุณภาพจึงมีความสำคัญในการยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจ[16,17]

ปัจจุบันการควบคุมคุณภายใน สำหรับการตรวจไวรัสตับอักเสบบีและซี จะใช้ตัวอย่างของผู้ป่วยที่ทราบผลการตรวจเป็นบวกและเป็นลบอย่างแน่นอน เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศา เพื่อรักษาความเสถียรของตัวอย่าง และป้องกันการเสื่อมสภาพของสารหรือแอนติเจนที่ใช้ในการทดสอบ แล้วจึงทำการละลายตัวอย่างให้ถูกต้องก่อนการทดสอบ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีปฏิบัติเดิมที่ประหยัด ไม่มีค่าใช้จ่ายแต่มีความยุ่งยาก เนื่องจากไม่สะดวกในการจัดเตรียมและไม่สามารถหาตัวอย่างที่มีผลการตรวจเป็นบวกหรือลบอย่างแน่นอนให้ได้ปริมาตรทันตามที่ต้องการได้. ส่วนสารควบคุมคุณภาพเชิงพานิชย์สำหรับทำการควบคุมคุณภาพทั้งภายใน (IQC)และภายนอก (EQA) นั้นจะอยู่ในรูปแบบพลาสมาแบบเหลวในสภาพแช่แข็ง (-20 องศา) ต้องเก็บรักษาที่อุณหภูมิแช่แข็งจึงจะสามารถรักษาความคงตัวได้ (Stability) ทำให้ไม่สะดวกเรื่องการขนส่ง ซึ่งสารควบคุคุณภาพภายใน(IQC) มักนำเข้าจากต่างประเทศและมีราคาแพง องค์กรที่มีงบประมาณจำกัด ไม่สามารถจัดซื้อมาใช้ได้ ต่อมาจึงมีการคิดเตรียมสารควบคุมคุณภาพขึ้นเอง (In house Control) โดยในปี พ.ศ.2553 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐ(Centers for Disease Control and Prevention) ใช้ตัวอย่างเชื้อในสภาพแห้งบนหลอด (DTS) สำหรับโปรแกรมทดสอบความชำนาญและควบคุมคุณภาพการตรวจเอชไอวีทางซีโรโลยีวิทยา [18] และ ในปี2560 นำมาใช้กับไวรัสตับอักเสบบี(HBV) โดยนำหลอดตัวอย่างสภาพแห้งมาใช้ในการควบคุมคุณภาพภายนอก EQA ซึ่งอยู่ได้นาน 28 วัน[19] ซึ่งถึงแม้วิธี DTS จะสามารถอำนวยความสะดวกในการขนส่ง เหมาะกับประเทศที่กำลังพัฒนา การเดินทางลำบาก แต่พบว่า ขั้นตอนการทำยุ่งยาก มีราคาแพงต้องอาศัยเครื่องมือ ช่วยให้สารควบคุมคุณภาพแบบของเหลวกลายเป็นสภาพแห้ง (Lyophilysed) และต้องมีการผสมน้ำกลั่นก่อน ตั้งทิ้งไว้ก่อนการใช้งานซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดและเสียเวลา ไม่สะดวกกับผู้ใช้งานประจำ โดยในประเทศไทยได้ศึกษาและใช้วิธีนี้.สำหรับการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ที่ส่งมาเป็นรอบการทดสอบเช่น 3/ปี แต่ยังไม่พบการนำวิธี DTS มาใช้กับการควบคุมคุณภาพใน(IQC) สำหรับงานประจำ

ในการเตรียมตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้ในขั้นตอนยับยั้งเชื้อ (inactivated) เดิมได้ใช้วิธีของ อ.ศิริวรรณ ปิ่นนพมณี.(2562) ซึ่งแนะนำการทำ Viral inactivation และ Viral removal ในผลิตภัณฑ์จากพลาสมา ด้วยวิธีต่างๆซึ่งวิธีที่น่าสนใจเพื่อทำการยับยั้งการทำงานของเชื้อไวรัส คือ Pasteurization โดยเป็นการให้ความร้อนกับผลิตภัณฑ์ด้วยของเหลวที่อุณหภูมิ 60±0.5 องศาเซลเซียส นานเป็นเวลา10-11 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อนำมาทดลองแล้วพบว่ามีความยุ่งยาก และโปรตีนเสียสภาพ พลาสม่าจะแข็งตัว จับตัวเป็น

ก้อนไม่สามารถนำมาทดสอบกับชุดตรวจรวดเร็วได้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ต้องมี การเติมสารให้ความคงตัว (stabilizers) เพื่อเพิ่มความคงตัวให้แก่โปรตีนที่ต้องการในผลิตภัณฑ์เสียก่อน[20] จึงได้เปลี่ยนมาใช้การต้มให้ความร้อนที่อุณหภูมิ 56 องศา 30 นาที แทนซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปในการทำลายโปรตีนของไวรัส ลดความสามารถในการติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบบีและซี ทำให้ไม่สามารถแพร่เชื้อได้[21] สอดคล้องกับโครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิกโดยองค์กรภายนอก มหาวิทยาลัยมหิดล (EQAI:ไวรัสตับอักเสบบีซีโรโลยี ที่ในขั้นตอนการ inactivated จะใช้วิธีการต้มที่ 56 องศา 30 นาที และมีกรองพลาสม่าด้วยกระดาษกรอง ขนาด 0.45 um.ร่วมด้วย[22] แต่มีการศึกษาของ Hongshuo Song และคณะ[23] แสดงให้เห็นว่าการต้มให้ความร้อนที่อุณหภูมิ 56 องศา 40 นาที เพื่อลดความสามารถของ HCV ซึ่ง จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ดีกว่า ที่ 56 องศา 30 นาทีโดย ที่อุณหภูมิ 56°C ไทเทอร์ของไวรัสจะลดลง 3.6-log ใน 30 นาทีแรก [จาก 1.0 × 10 5 FFU/ml เป็น (3.3 ± 0.6) × 10 1 FFU/ml] ภายใน 40 นาที จะไม่สามารถตรวจพบการติดเชื้อไวรัสได้อีกต่อไป แสดงถึงการทำให้ไวรัสไม่ทำงานอย่างสมบูรณ์เกิดขึ้นที่เวลา 40 นาที ส่วนการกรองแบคทีเรียด้วยกระดาษกรองนั้น วิธีนี้ช่วยในการกำจัดสิ่งปนเปื้อน เช่น แบคทีเรียและสิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ที่อาจอยู่ในพลาสมาได้ แต่ต้องระมัดระวังด้วยเนื่องจากเสี่ยงต่อการปนเปื้อนได้ เช่นกันหากขั้นตอนการกรองหรือ heat inactivate ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ตัวอย่างปนเปื้อนและมีความเสี่ยงในการสูญเสียองค์ประกอบสำคัญอาจทำให้องค์ประกอบบางส่วนของพลาสมาถูกกรองออกไป เช่น โปรตีนและสารชีวภาพสำคัญที่มีโมเลกุลขนาดเล็กกว่า 0.45 µm และหากอุปกรณ์การกรองไม่สะอาดหรือมีการปนเปื้อน อาจทำให้เกิดการกระจายตัวของจุลชีพภายในระบบ ส่งผลต่อความแม่นยำของการทดสอบ โดยการเตรียมตัวอย่างด้วยวิธีนี้ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจไม่เหมาะสำหรับห้องปฏิบัติการที่มีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรและเวลาในการดำเนินการเตรียมตัวอย่างซึ่งอาจเพิ่มต้นทุนในการดำเนินการ และ เนื่องจากการ Preservative ด้วยโซเดียมเอไซด์ ที่เป็นสารกันบูดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการเก็บรักษาตัวอย่างชีวภาพ เช่น พลาสมาและซีรั่ม เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ ป้องกันการเสื่อมสลายของตัวอย่าง มีส่วนช่วยให้เป็นสารกันบูด ป้องกันการปนเปื้อนแบคทีเรียได้ดี ในสิ่งส่งตรวจเช่นปัสสาวะ พลาสม่า ซีรั่ม สารต่างๆได้และรักษาความเสถียรของตัวอย่างในการผลิตตัวอย่างควบคุมคุณภาพสำหรับชุดทดสอบแบบรวดเร็ว ได้ ซึ่งแตกต่างกับ ผลิตภัณฑ์ของ Medicines &Healthcare products Regulatory บริษัท Natioal Institute for Biologica; Standards and Control,nibsc.org) ที่ใช้ Bronidox 0.05%(w/v)เป็น Preservative[24] แต่เนื่องจากโซเดียมเอไซด์เป็นที่นิยม มีความเสถียรสูงและราคาถูกกว่า ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงทำการ inactivated ที่ 56 องศา 30 นาที สำหรับการตรวจไวรัสตับอักเสบบีและ inactivated ที่ 56 องศานาน 40 นาทีสำหรับการตรวจไวรัสตับอักเสบซี โดยใช้โซเดียมเอไซด์เป็น preservative และนอกจากนี้ ยังได้เปรียบเทียบอุณหภูมิ ในการเก็บรักษาสารควบคุมคุณภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความคงตัว โดยการศึกษาครั้งนี้ได้เปรียบเทียบที่อุณหภูมิ 2-8 องศากับ ที่-20 องศาอีกด้วยซึ่งพบว่า ตลอดระยะ 3 เดือนให้ผลทดลอง ไม่แตกต่างกันซึ่งต่างจากการศึกษาของ Hyunhye Kang และคณะ [25] ที่พบว่า การประเมินเสถียรภาพในระยะยาวของวัสดุควบคุมคุณภาพภายนอกโดยใช้พลาสมารวมที่ผลิตเองซึ่งไม่ได้สารรักษาสภาพสำหรับการทดสอบแอนติบอดีและแอนติเจนไวรัสนั้นมีความคงตัวนานเพียง 10 วันที่อุณหภูมิแช่เย็น 2-8 องศาและ นานถึง 3 เดือนที่อุณหภูมิ -20°C

ในการทดสอบคุณภาพของสารมาตรฐานตามเกณฑ์การพัฒนาสารควบคุมคุณภาพที่ผลิตขึ้นนั้นได้อ้างอิงตามหลักการ ISO /Guide80:2014 โดย

การศึกษาความเป็นเนื้อเดียว (homogeneity test) และ ศึกษาความคงสภาพ (stability test) ซึ่งภายหลังการ Inactivated และ.ใส่สาร Preservative แล้วผู้วิจัยได้แบ่งตัวอย่างไปส่งตรวจที่ บ. พีซีที ลาบอราตอรี่เซอร์วิส จำกัด ซึ่งได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) และ ISO 15189 ISO15190 ISO 90001 เพื่อยืนยันว่ามีผลความเป็นเนื้อเดียวกันและมีเสถียรภาพเพียงพอก่อนส่งต่อให้สมาชิกเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วม

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อสารควบคุมคุณภาพเชิงพาณิชย์นั้น ในประเทศไทยปัจจุบันศูนย์โรคที่ถ่ายทอดด้วยการให้เลือดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้บริการเฉพาะไวรัสตับอักเสบซี Anti-HCV) ได้ถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับบริษัทเอกชน We Med Lab เป็นผู้ผลิตและจำหน่ายซึ่งจะต้องสั่งจองล่วงหน้าตามรอบดำเนินงานถึงจะได้ผลิตภัณฑ์และเปิดจองปีละ 2 ครั้งเท่านั้น ราคา 2,800 บาทแยกแต่ละยี่ห้อผลิตภัณฑ์และมีจำกัดเพียงบางยี่ห้อ ปริมาณ 1.5 ml เท่านั้น มีเก็บรักษาที่ 2-8 องศามีอายุ 1 ปี ส่วนสารควบคุมคุณภาพของ HBS Ag ยังไม่มีผลิตจำหน่าย[26] ส่วนผลิตภัณฑ์ของต่างประเทศที่มีจำหน่ายผ่านตัวแทนใน ยี่ห้อ Biorad ราคา 29,500 บาทปริมาตร 5 mlมี 2 ระดับคือ Negative และ positive สามารถเก็บไว้ที่ 2-8 องศาแต่มีอายุการใช้งานเพียง 60 วัน[27] ซึ่งหากต้องใช้ให้เพียงพอต่อปีต้องใช้งบประมาณสูงถึง177,000 บาท ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณการจัดซื้อสารควบคุมคุณภาพภายในสำหรับการตรวจไวรัสตับอักเสบHBsAg และAnti-HCV ที่เตรียมขึ้นเองมีประโยชน์คือ เป็นการเตรียมสารควบคุมคุณภาพจากตัวอย่างที่มีอยู่และรอกำจัดทิ้งในงานประจำโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษเพิ่มเติม สามารถควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของสารควบคุมคุณภาพได้ตลอด มีความยืดหยุ่นกระบวนการผลิตสามารถปรับสูตรและคุณสมบัติของสารควบคุมคุณภาพให้เหมาะสมกับความต้องการใช้งานได้ มีความรวดเร็วในการจัดหาโดยไม่ต้องรอการจัดส่งจากต่างประเทศ สามารถผลิตและใช้งานได้ทันทีตามความต้องการอีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายเพราะผลิตเองจะช่วยลดต้นทุนในการจัดซื้อสารควบคุมคุณภาพจากต่างประเทศ ซึ่งอาจมีราคาสูงกว่า

ผลการประเมินสารควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการเครือข่ายจังหวัดชัยนาทด้วยสารควบคุมคุณภาพภายในของการทดสอบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ในเลือดด้วยชุดตรวจรวดเร็วที่ผลิตขึ้นและได้จัดส่งให้ห้องปฏิบัติการ 10 แห่งในจังหวัดชัยนาททดสอบพบว่า ตรงตามค่าเป้าหมาย ผ่านตามเกณฑ์ Excellence ร้อยละ 100 ทั้งการทดสอบ HBs Ag และ Anti-HCV โดยความเข้มของแถบสี ขีดแถบสีของชุดตรวจมีสีเข้ม ชัดเจนอาจเกิดจากตัวอย่างพลาสมาที่นำมาเตรียมมีความเข้มข้นสูง Strong positive และประสิทธิภาพของชุดตรวจที่มีความคงตัวสูง ทำให้เกิดปฏิกิริยากับแถบทดสอบได้ดี โดยในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัญหาการรายงานผลผิดหรือบันทึกผลผิดพลาดซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นการดำเนินงานประจำอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะมีการยับยั้งเชื้อไม่ให้ออกฤทธิ์(inactivated plasma) แล้วก็ตามควรปฏิบัติงานด้วย Precaution technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการเตรียมตัวอย่างที่จะใช้ควบคุมคุณภาพ เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่อง เพื่อให้เห็นผลการทดสอบที่ชัดเจน ค่า Positiveที่เลือกมาจึงมีปริมาณความเข้มข้นสูง (S/CO สูง) ดังนั้นสำหรับการพัฒนาต่อไป จึงควรจะทำให้มีระดับความเข้มข้นของ Positive ต่ำลง เช่น ให้ใกล้ช่วงเกณฑ์ก้ำกึ่ง(Borderline) เพื่อให้เกิดความไว (sensitivity) ที่เพิ่มสูงขึ้นและควรทำการศึกษาระยะเวลาในการเก็บรักษาสารควบคุมคุณภาพที่อุณหภูมิห้อง ด้วยว่าจะให้

ประสิทธิภาพได้ดี และเกิดการปนเปื้อนได้ง่ายหรือไม่ รวมถึงเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้นานมากที่สุด เท่าที่สารควบคุมคุณภาพจะหมดอายุ จนไม่เกิดปฏิกิริยา กับการทดสอบ ทั้งนี้เพื่อลดต้นทุนและระยะเวลาในการเตรียมสารควบคุมคุณภาพอันจักทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ปราโมทย์ ศรีวาณิชรักษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยและสนับสนุนอุปกรณ์บางส่วนในการวิจัยครั้งนี้และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก รพ.ชัยนาทนเรนทร ในการอนุเคราะห์พื้นที่อุปกรณ์การเตรียมตัวอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565-2573 สมุทรปราการ:บริษัทเอส.บี.เค การพิมพ์ จำกัด.
2.เอกชัย แดงสอาด, คณะ.(2562). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้มารับบริการชาย กรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค. 45;1-13
3.หัทยา ธัญจรูญ.(2565). การประเมินผลวิธีการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี ด้วยเครื่องตรวจประเภท Point of Care;Gene Xpert:การศึกษานำร่อง.วารสารเทคนิคการแพทย์. 50;8051-8066.
4.กรฎาร์ บุญยัง.(2567). การประเมินผลการตรวจวิเคราะห์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยวิธีการตรวจ anti-HCV,HCV Duoกับ HCV RNA.วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร. 40(2);E1-11.
5.งานแถลงนโยบายการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี 2566.กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2023/08/28173
6.บุษราวรรณ ศรีวรรธนะ, สุภาพร ศรีวรรธนะ, และ ศิริพร ศรีวรรธนะ. (2563). การประเมินการใช้งานตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้งสำหรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี.. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 62(2), 106-13
7.สภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย.(2565). มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 แนวทางการควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์.นนทบุรี :สมาคมเทคนิคการแพทย์ฯ. 40-41
8. International Organization for Standardization. ISO/Guide 80:2014 ISO/Guide 80:2014(en), Guidance for the in-house preparation of quality control materials (QCMs)
9.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,(2566). ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส. แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาในพื้นที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี : เจ. เอส. การพิมพ์.
10. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส.(2565). แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองและรักษา โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัส.นนทบุรี.
11. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส.(2565). แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองและรักษา โรคไวรัสตับอักเสบซี เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัส.นนทบุรี.
12. Shenge JA, Osiowy C.(2021). Rapid diagnostics for hepatitis B and C viruses in low-and middle-income countries. Front Virol. 1:742722.
13. Jargalsaikhan G, Eichner M, Boldbaatar D, Bat-Ulzii P, Lkhagva-Ochir O, Oidovsambuu O, et al.(2020). Sensitivity and specificity of commercially available rapid diagnostic tests for viral hepatitis B and C screening in serum samples. PLoS One. 15(7):e0235036.
14. Soomro RS, Shah IA, Saboor A, Bhutto AUB, Memon S.(2021). Sensitivity and specificity of hepatitis B virus screening via rapid immunoassay chromatographic test. Cureus. 13(1).

15.เกรียงศักดิ์ ฤชุศาศวัต, จงกลนี วงศ์ปิยะบวร, ลัดดาวัลย์ เทียมสิงห์, ชลธิชา กาวิดำ, สุทธิวัฒน์ ลำไย, เพทาย อุ่นผล, et al. การประเมินคุณภาพของชุดน้ำยาตรวจแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบีแบบรวดเร็วในประเทศไทย. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2019;61(2):86-95.

16.อุบลวรรณ ชัยอารยะเลิศ, ภูริต ทรงธนนิตย์, พันธวิทย์ นทกุล, & สกาลิน ไตรศิริวาณิชย์. ผลกระทบของอุณหภูมิต่อประสิทธิผลของชุดตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสเอชไอวีแบบรวดเร็ว. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2017;59(4):226-41.

17. Wallace P, McCulloch E. Quality Assurance in the Clinical Virology Laboratory. ใน: Encyclopedia of Virology.2021. หน้า 64–81. doi: 10.1016/B978-0-12-814515-9.00132-6. สืบค้นจาก Quality Assurance in the Clinical Virology Laboratory - PMC

18. Parekh BS, Anyanwu J, Patel H, et al. Dri-tube specimens: a simple and cost-effective method for participation in HIV proficiency testing panels and quality control materials for use in resource-limited settings. J Virol Methods. 2010;163:295-300.

19. Mendiratta S, Kamal CM, Sharma S, Chhabra R, Singh S. Dried tube specimens: a tool to ensure effective proficiency testing & quality control of hepatitis B virus diagnosis in developing countries. Int J Biomed Adv Res. 2017;8(6):233-8.

20.ศิริวรรณ ปิ่นนพมณี.(บทความฟื้นวิชา การทำ viral inactivation และ viral removal ในผลิตภัณฑ์จากพลาสมา. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2562;29(2):145-52.

21. World Health Organization WHO Technical Report,Series No.924,2004 สืบค้นจาก https://cdn.who.int/media/docs/default-source/biologicals/blood-products/who-trs-924-anenx4.pdf?sfvrsn=c6ba33e4_4&download=true

22.คู่มือสมาชิก 2568 โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิกโดยองค์กรภายนอก: ไวรัสตับอักเสบบี ซีโรโลยี (Participant Manual 2025 External Quality Assessment Scheme in Clinical Immunology EQAI: Hepatitis B virus serology) สืบค้นจาก F_QP043_MIHB_01_01_คู่มือสมาชิก-HBV-ปี-2568.pdf

23. Song, H., Li, J., Shi, S., Yan, L., Zhuang, H., & Li, K. (2010). Thermal stability and inactivation of hepatitis C virus grown in cell culture. *Virology journal*, *7*, 1-12. สืบค้นจาก Thermal stability and inactivation of hepatitis C virus grown in cell culture | Virology Journal | Full Text

24.สืบค้นจาก https://nibsc.org/documents/ifu/17-B717-xxx.pdf

25. Kang H, Jekarl DW, Yoo SH, Choi AR, Oh EJ. Assessment of Long-Term Stability of External Quality Control Materials: Defibrinated Pooled Plasma for Examination of Hepatitis Viral Markers. J Lab Med Qual Assur. 2024;46(1):66-71.

26.สืบค้นจาก WEMedLab – บริษัท วี เมด แล็บ เซ็นเตอร์ จำกัด

27.สืบค้นจาก Hepatitis and Retrovirus Controls | Bio-Rad

รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม

Operational model for control and prevention of liver fluke disease Maha Sarakham Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

เกษศิรินทร์ ไชยลาภ[1]
Kedsirin Chailap[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาวิจัย เดือน พฤศจิกายน 2566–ธันวาคม 2567 ผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง คณะกรรมการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมจำนวน 85 คน วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1. การผลักดันเชิงนโยบาย (Policy) โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ 2. บูรณาการการทำงานผ่านกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 3. การสร้างทีมพื้นที่เพื่อนำมาตรการต่างๆสู่การปฏิบัติการ 4. การจัดทำแผนปฏิบัติการและนำสู่การปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ 5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน 6. นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส และจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง จากการดำเนินงานส่งผลให้ เกิดการกำหนดเป้าหมายและมาตรการร่วมกัน เกิดแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาโดยภาคีเครือข่าย มีระบบการการรักษา ส่งต่อ การติดตามนิเทศกำกับที่ชัดเจน ส่งผลให้ อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ลดลงจากปี 2566 จากความชุกร้อยละ 5.90 เหลือ 1.90

คำสำคัญ : ควบคุม,ป้องกัน,พยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This action research aims to develop and evaluate the implementation model for the control and prevention of liver fluke disease in Maha Sarakham Province. The research period is from November 2023 to December 2024. The participants were specifically selected, consisting of executives in the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, directors of community hospitals, all district public health offices, the committee for solving the problem of liver fluke and bile duct cancer, the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, those responsible for liver fluke and bile duct cancer, community hospitals, the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, sub-district health promotion hospitals, representatives of educational institutions, and representatives of local administrative organizations, totaling 85 people. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including numbers and percentages. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results of the study found that the implementation model for the control and prevention of liver fluke disease Maha Sarakham Province consists of 1. Policy promotion by setting as a performance evaluation indicator (KPIs) at the district level 2. Integrating work through the operation mechanism of the District Quality of Life Development Committee (PCHOR) 3. Creating a local team to implement various measures 4. Preparing an action plan and implementing it in each area 5. Exchanging knowledge for driving operations 6. Supervising and monitoring

operations from quarterly data analysis and from the performance evaluation (KPIs) at the district level twice a year. The operations resulted in setting joint goals and measures, creating plans/projects that are consistent with the problems by the network partners, and having a clear treatment, referral, and monitoring system. As a result, the prevalence of liver fluke disease in Maha Sarakham Province decreased from 5.90 percent in 2023 to 1.90 percent.

Keywords : control,prevention,liver fluke disease

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นหนึ่งในหลายโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เป็นพยาธิใบไม้ชนิดหนึ่งที่ตัวแก่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของคน สุนัข และแมว พยาธิชนิดนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขมากกว่าพยาธิอื่นๆ ที่พบระบาดในประเทศไทยรวมถึงประเทศเพื่อนบ้านที่มีการระบาดของโรค เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา และตอนใต้ของสาธารณรัฐเวียดนาม[1] พยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิชนิดเดียวในประเทศไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นเชื้อก่อมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคนไทย และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากประชาชนในภูมิภาคนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ[2]

ประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สาเหตุหลักมาจากการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2557 ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 – 2568 ในพื้นที่ 30 จังหวัดเสี่ยงสูง ตั้งแต่ปี 2559 ตั้งเป้าหมายลดอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับให้น้อยกว่า 1% ภายในปี 2568 และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีลง 2 ใน 3 ในปี 2578 และในปี 2567 ภายใต้นโยบาย “มะเร็งครบวงจร” และนโยบาย Quick Win ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 5 มะเร็งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ มุ่งเน้นการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งนี้สามารถตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 117,246 ราย และตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีแล้ว 10,632 ราย[3] ประชาชนภาคอีสานและภาคเหนือของประเทศไทย มีวัฒนธรรมการรับประทานอาหารแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะเมนูอาหารที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับอยู่ โดยจากการตรวจปัสสาวะพบอัตราการติดเชื้อใน 30 จังหวัดเสี่ยงสูง อยู่ที่ ร้อยละ 42 ส่วนเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) ภาพรวมอัตราการติดเชื้ออยู่ที่ ร้อยละ 37 โดยมหาสารคามมีอัตราการติดเชื้อสูงสุด[4]

เขตสุขภาพที่ 7 กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นการตรวจราชการ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประเด็นที่ 4 ตัวชี้วัดการตรวจราชการนิเทศงาน Area based : OV & CCA โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีการดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว เพื่อแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งปัจจุบันจังหวัดมหาสารคามพบอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึง 2,288 คน และคนกลุ่มนี้ มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลา 20 - 30 ปีข้างหน้า[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น มีหลากหลายรูปแบบและรูปแบบที่เห็นผลชัดเจนมากที่สุด คือ การแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืน เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เข้มแข็ง ควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ได้ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะทำให้ชุมชนนั้นได้มีกระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน การสะท้อนคิด และร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนนั้นได้มีการวิเคราะห์ตนเองให้เห็นความสำคัญตามประสบการณ์ และสถานการณ์ในชีวิตจริง เพื่อให้การแก้ปัญหานั้นสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่ดำเนินอยู่

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิดวางแผน ร่วมปฏิบัติตามแนวทาง ร่วมติดตามสังเกตผลและร่วมสะท้อนผล ตามแนวคิดของ (Kemmis, & McTaggart, 1988)[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยศึกษาในพื้นที่หน่วยงานสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการวิจัยจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน พฤศจิกายน 2566–ธันวาคม 2567 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง คณะกรรมการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมจำนวน 85 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

ขั้นตอนการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานการ

ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

1.2 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทด้านการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม

หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนา นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน เพื่อสร้างความตระหนักและส่วนร่วมในการพัฒนา หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติ หลังจากนั้น ดำเนินการวางแผน โดยร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

3. ระยะการประเมินผล โดยการสังเกตและติดตามกระบวนการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดมหาสารคาม การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อประกอบการพิจารณาในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และประเมินความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือในการศึกษา ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากกการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์คำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม 2) แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง 3) แบบบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกแต่ละกิจกรรมและอุปกรณ์เสริมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าIOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบรายงานการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงแบบรายงานผลการตรวจอุจจาระ ปัสสาวะ แบบรายงานรวบรวมข้อมูลการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : ร้อยละและค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเส้า(Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมวิจัยถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลา

ผลการศึกษา

1. ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จังหวัดมหาสารคามดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประเด็นที่ 4 ตัวชี้วัดการตรวจราชการนิเทศงาน Area based : OV & CCA ผลการดำเนินงานการคัดกรองในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบมีอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ ปี 2562 ดำเนินการในพื้นที่ 25 ตำบล พบอัตราความชุกภาพรวมร้อยละ 3.7 สูงสุดในพื้นที่ อ.เมืองฯ มีอัตราความชุก ร้อยละ 10.4 รองลงมาที่ อ.ชื่นชม ร้อยละ 5.4 และอ.กันทรวิชัย ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ ปี 2563 ดำเนินการในพื้นที่ 42 ตำบล พบอัตราความชุกภาพรวม ร้อยละ 1.94 สูงสุดในพื้นที่ อ.โกสุมพิสัย ร้อยละ 5.3 รองลงมา อ.นาเชือก และ อ.กุดรัง ร้อยละ 2.37 และ 2.32 ตามลำดับ ปี 2564 ดำเนินการตรวจพยาธิด้วยการตรวจอุจจาระ ในพื้นที่เป้าหมาย 30 ตำบล ๆ ละ 100 ราย พบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับภาพรวม ร้อยละ 1.1 สูงสุดในพื้นที่ อ.เมืองฯ ร้อยละ 1.9 รองลงมา อ.พยัคฆภูมิพิสัย, อ.บรบือ ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ, ปี 2565 ดำเนินการตรวจพยาธิด้วยการตรวจอุจจาระ ในพื้นที่เป้าหมาย 21 ตำบลๆละ 100 ราย พบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับภาพรวม ร้อยละ 1.2 พบสูงสุดในพื้นที่ อ.พยัคฆภูมิพิสัย ร้อยละ 2.8 รองลงมา อ.นาเชือกและ อ.บรบือ ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ, ปี 2566 ตรวจคัดกรองพยาธิในพื้นที่ที่พบอัตราความชุกในปี 2565 เกินร้อยละ 5 จำนวน 1 ตำบล ในพื้นที่ตำบลหนองกุง อำเภอนาเชือก พบอัตราความชุกร้อยละ 2.8 และจากปี 2561 มีการตรวจซ้ำในรายที่ตรวจพบเชื้อปี 2559 – 2566 พบการติดเชื้อซ้ำร้อยละ 5.9, ปี 2562 มีการตรวจซ้ำในผู้ที่พบพยาธิใบไม้ตับของปี 2561 ภาพรวมพบว่า มีอัตราความชุก ร้อยละ 4.1, ในปี 2563 ตรวจซ้ำในรายที่พบพยาธิของปี 2562 พบอัตราความชุกถึงร้อยละ 10.9 ปี 2564 ตรวจพยาธิซ้ำในรายที่พบพยาธิของปี 2563 พบอัตราความชุกพยาธิร้อยละ 6.5, ปี 2565 ตรวจพยาธิซ้ำในรายที่พบพยาธิของปี 2564 พบอัตราความชุกพยาธิร้อยละ 13.8, และปี 2566 ตรวจพยาธิซ้ำในรายที่พบพยาธิของปี 2565 พบอัตราความชุกพยาธิ ร้อยละ 5.9 ซึ่งผู้ที่ได้รับการตรวจซ้ำยังพบว่ามีการพบพยาธิซ้ำเกินร้อยละ 5 ทุกปี แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการกินอาหาร แบบดิบๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุขในการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้ประชาชนตระหนักและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อจะลดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจากการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำๆหลายครั้งให้เกิดความรอบรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมะสมต่อไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ด้วยอัลตราซาวด์ ในปี 2560 ตรวจคัดกรองทั้งหมด 4,108 ราย พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 1 ราย ในพื้นที่ อ.เมืองฯ สามารถให้การรักษาได้, ในปี 2561 ตรวจคัดกรองได้ 6,050 ราย สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 80 ราย ส่งทำ CT/MRI 11 ราย พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 1 ราย,ปี 2562 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 8,040 ราย พบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 3 ราย ส่งต่อไปรับการรักษาทั้ง 3 ราย จำนวน 1 ใน 3 รายเสียชีวิต, ปี 2563 ตรวจคัดกรอง จำนวน 3,429 ราย พบเป็นมะเร็ง 1 ราย ได้รับการส่งต่อและรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์, ปี 2564 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 541 ราย พบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 9 ราย ได้ส่งต่อไปรับการรักษาทั้ง 5 ราย อีก 4 รายปฏิเสธการรักษา, ปี 2565 ตรวจคัดกรองจำนวน 2,987 ราย พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 6 ราย, ปี 2566 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 3,854 ราย พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 4 ราย ได้รับการรักษา 1 ราย ส่วนอีก 3 ราย เสียชีวิต

เนื่องจากตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลามแล้วและเป็นผู้สูงอายุมีอายุเกิน 70 ปี ที่มีโรคร่วมหลายโรค ด้านการจัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ มีการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ จนท.สาธารณสุข/อปท. ในการจัดทำระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ซึ่ง 5 ปีที่ผ่านมา อปท. ดำเนินการได้ 2 แห่ง ได้แก่ อบต.หนองจิก อ.บรบือและอบต.บ้านกู่ อ.ยางสีสุราช และผู้ประกอบการดำเนินการจัดทำบ่อบำบัด 1 แห่งในพื้นที่ ต.ดอนกลาง อ.โกสุมพิสัย ซึ่งมีการทำบันทึกข้อตกลง ในการประกอบการในพื้นที่รอบๆ 4 ตำบล และในปี 2565 เทศบาลเมืองมหาสารคามได้ซ่อมบ่อบำบัดเดิมที่ชำรุดจนสามารถใช้การได้และสามารถให้บริการในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่ตำบลข้างเคียงได้เป็นอย่างดี

ด้านการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน จากปี 2559 - 2566 มีโรงเรียนที่ดำเนินการจำนวน 484 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 72.4 ซึ่งจากการติดตามนิเทศงานพบว่าโรงเรียนหลายแห่ง จัดการเรียนการสอน เรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่ต่อเนื่อง และจะได้จัดทำแผนการนิเทศติดตามโดยร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ด้านการสื่อสารสาธารณะ/ประชาสัมพันธ์ สร้างความรอบรู้ให้แก่ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้มีการจัดประชุมผู้ประกอบการ ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายปลาร้า ปลาส้ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ แก่ผู้ประกอบการปลาร้าปลาส้ม ในพื้นที่ ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลด ละ เลิก กินปลาดิบ หรือ สุกๆ ดิบๆ ในทุกอำเภอ ซึ่งประเด็นนี้ยังพบอัตราการติดเชื้อซ้ำหลายพื้นที่และเป็นปัญหาที่ต้องเร่งรัดติดตาม การสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่ให้เข้มข้นและต่อเนื่องต่อไป

2. ด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ทำให้เกิดการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้

2.1 สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

สรุปประเด็นปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา
- การคัดกรอง	- ตรวจอุจจาระในกลุ่มเสี่ยง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป - ตรวจอัลตราซาวด์ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป
- การจัดระบบสุขาภิบาล	- จัดการระบบสุขาภิบาล การขับถ่าย ห้องน้ำห้องส้วมของประชาชน ส่งเสริม สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้จัดระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ที่ถูกสุขลักษณะเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยทำบันทึกข้อตกลงจัดทำบ่อบำบัด ให้ครบทุกอำเภอ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูง - ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ จนท.สาธารณสุข/อปท. ในการจัดทำ ระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล
- การจัดการเรียนการสอน ในโรงเรียน	- การจัดการเรียนการสอนและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน สร้างเยาวชนแกนนำ - นิเทศติดตามการเรียนการสอน
- การสื่อสารสาธารณะ/ประชาสัมพันธ์	- สื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่ ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาวปรุงสุกของประชาชน ให้ความรู้เรื่องสุขอนามัย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะโดยเพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้มาจากการสำรวจ ทั้งภาพสื่ออินโฟกราฟฟิคทางเฟสบุ๊ค กลุ่มไลน์ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน สื่อเสียงวิทยุชุมชน - ประชุมให้ความรู้ผู้ประกอบการ ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายปลาร้า ปลาส้ม - กิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลด ละ เลิก กินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ในทุกอำเภอ

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

สรุปประเด็นปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา
- การพัฒนานวัตกรรมและพัฒนาบุคลากร	- ประชุมแนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแก่บุคลากรเครือข่าย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งผู้บริหารระดับทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประชาชนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน อบต. อบจ. เทศบาล ครู นักเรียน ผู้ประกอบการปลาร้า ปลาส้ม ปลาจ่อม - สนับสนุนการทำนวัติกรรม/งานวิจัย

2.2 ด้านรูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม จากการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม โดยการสุ่มสำรวจพฤติกรรมของประชาชน การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor Analysis) การประเมินมาตรการป้องกัน รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกกิจกรรมการดำเนินงาน

2) ผลักดันประเด็นการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สู่ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3) กำหนดแนวทางการดำเนินการ แผนงานกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจนเกิดแผนงานโครงการ ได้แก่ การสร้างความรู้และการศึกษาให้กับประชาชน การจัดทำแผนการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อม การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนการดำเนินการ การติดตามและประเมินผล

4) คัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระ/ปัสสาวะในกลุ่มเสี่ยง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปี ขึ้นไป โดยมีกำหนดพื้นที่ตำบลเป้าหมาย

5) กิจกรรมประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อปท. เพื่อให้พัฒนาองค์ความรู้ในการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ เช่น การคัดกรอง การวินิจฉัย รักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตาม อีกทั้งให้เห็นความสำคัญในการจัดทำระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรพยาธิ

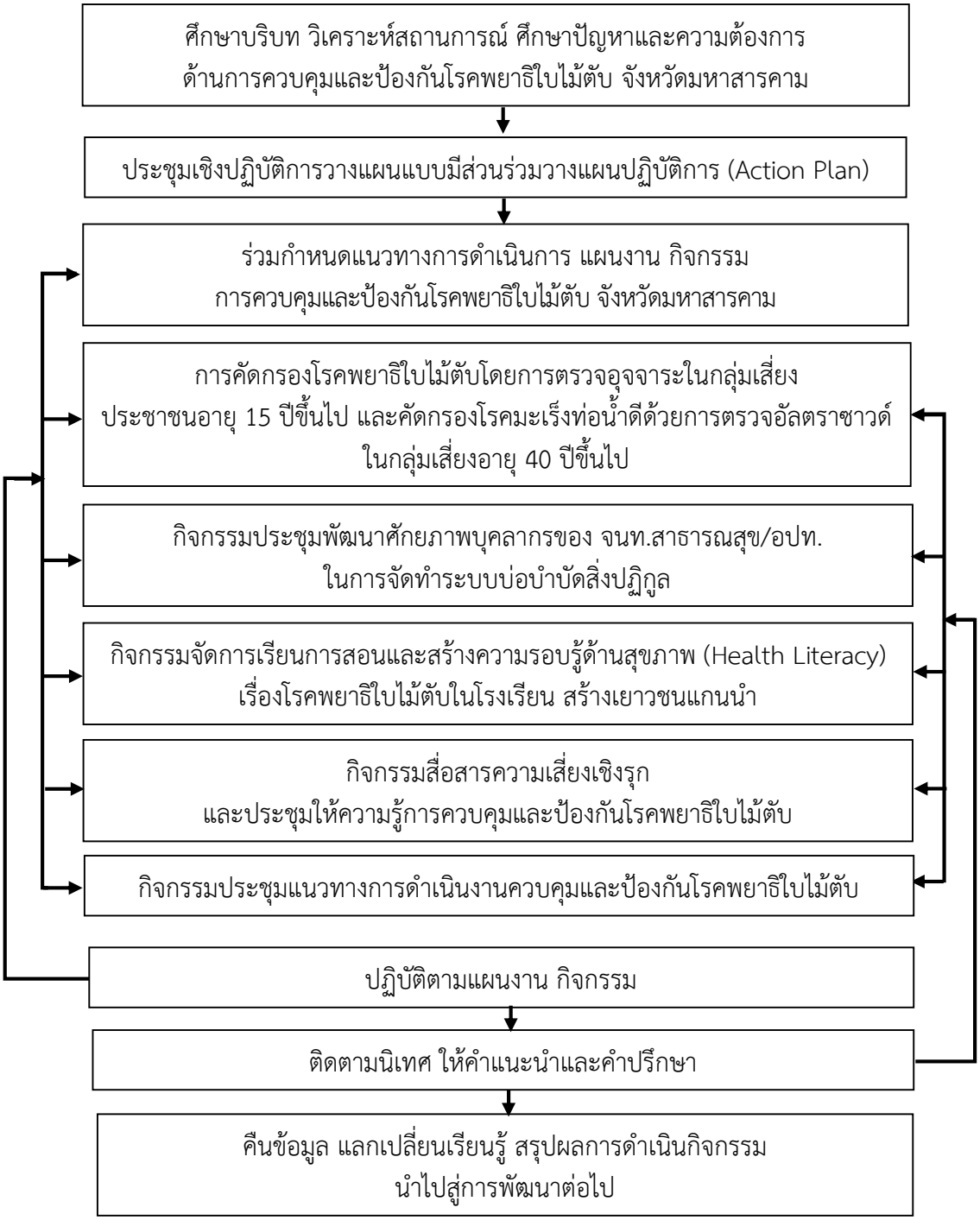
6) กิจกรรมจัดการเรียนการสอนและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน สร้างเยาวชนแกนนำ เช่น การนำเสนอข้อมูล การใช้สื่อภาพและเทคโนโลยีประกอบการสร้างการเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่มในการฝึกปฏิบัติจริง รวมถึงสร้างแกนนำเยาวชน

7) กิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกและประชุมให้ความรู้การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น อันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อ การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังสุขภาพ

8) นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส วางแผนการดำเนินงานเพิ่มเติมรายอำเภอจากการนิเทศงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียด รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ได้ดังภาพที่ 1

รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม

3. ด้านการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ด้านการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระในกลุ่มเสี่ยง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

อำเภอ	เป้าหมาย	ตรวจทั้งหมด	พบพยาธิ	จำนวนพบ Ov	ร้อยละการพบ OV
พยัคฆภูมิพิสัย	500	515	11	2	0.39
นาเชือก	300	371	9	1	0.27
วาปีปทุม	400	417	6	1	0.24
นาดูน	300	288	6	1	0.35
ยางสีสุราช	200	200	5	0	0
บรบือ	500	508	13	4	0.79
เชียงยืน	300	315	16	9	2.86
กันทรวิชัย	400	400	38	25	9.59
เมือง	500	475	24	13	2.74
แกดำ	200	189	7	0	0
โกสุมพิสัย	400	368	34	21	6.19
รวม	**4,000**	**4046**	**169**	**77**	**1.9**

ตารางที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจปัสสาวะในกลุ่มเสี่ยง (OV-RDT) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

รายการ	เป้าหมาย	ตรวจ	ผลบวก	ร้อยละ
30 คลัสเตอร์	390	390	82	21.02
งานผ้าป่าฯ	1000	1,134	98	7.85
หมอพบประชาชน	100	194	118	60.8
อ.แกดำ	400	405	107	26.42
อ.กุดรัง	13,000	13,095	1,805	13.78
เรือนจำ	240	250	78	31.2
รวม	**15130**	**15468**	**2288**	**14.79**

ตารางที่ 4 ผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ผิดปกติ	PDF	สงสัย CCA	CT/MRI	พบเป็นมะเร็ง	ได้รับการรักษา
เมือง	200	596	537	35	7	7	0	0
แกดำ	200	163	79	65	6	0	0	0
โกสุมพิสัย	300	115	5	5	11	11	11	11
กันทรวิชัย	200	322	264	39	2	2	0	0
เชียงยืน	200	215	38	22	0	0	0	0
บรบือ	250	1,496	1,330	1,129	31	31	2	2
นาเชือก	250	237	11	1	0	0	0	0

ตารางที่ 4 ผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ผิดปกติ	PDF	สงสัย CCA	CT/MRI	พบเป็นมะเร็ง	ได้รับการรักษา
พยัคฆ์	300	350	13	0	4	4	0	0
วาปีปทุม	300	306	94	21	0	0	0	0
นาดูน	200	211	14	1	1	1	0	0
ยางสีสุราช	200	200	78	131	0	0	0	0
กุดรัง	200	209	147	84	3	3	0	0
ชื่นชม	200	201	68	1	1	1	0	0
รวม	**3,000**	**4,621**	**2678**	**1534**	**66**	**60**	**13**	**13**

3.2 ด้านการจัดการเรียนการสอนและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พบว่า โรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนเป้าหมาย 53 แห่ง ผลงาน 53 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

3.3 ด้านการบริหารจัดการบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดการบริหารจัดการบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลต้นแบบ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ อำเภอโกสุมพิสัย ตำบลดอนกลาง อำเภอเมืองมหาสารคาม ตำบลหนองจิกและตำบลหนองปลิง อำเภอยางสีสุราช ตำบลบ้านกู่ ทั้งนี้สามารถนำไปเป็นแบบอย่างกับพื้นที่อื่นๆได้

3.4 ด้านการวินิจฉัยและรักษา พบผู้ป่วยผิดปกติ Periductal Fibrosis (PDF) 1,534 คน สงสัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 66 คน ส่งต่อCT/MRI 60 คน พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและได้รับการรักษา 13 คน ซึ่งมีการจัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประครองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

3.4 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มดังกล่าวแต่ละพื้นที่มีการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดอบรม การให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังดำเนินงาน พบว่า อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ลดลงจากปี 2566 จากความชุกร้อยละ 5.90 เหลือ 1.90

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชน

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันออกแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำกระบวนการที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติโดยมีการดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ในการพัฒนาได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่

เกี่ยวข้องลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1. การผลักดันเชิงนโยบาย (Policy) โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ 2. บูรณาการการทำงานผ่านกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 3. การสร้างทีมพื้นที่เพื่อนำมาตรการต่างๆสู่การปฏิบัติการ 4. การจัดทำแผนปฏิบัติการและนำสู่การปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ 5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน 6. นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส และจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง จากการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ร้อยละการติดเชื้อซ้ำในกลุ่มเสี่ยงลดลง ความชุกพยาธิใบไม้ตับลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร สุดบุญมา และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[7] ที่ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประกอบด้วย การสร้างภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ การอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ติดพยาธิใบไม้ตับและกลุ่มประชาชนที่สนใจ ความร่วมมือกันของคนในชุมชน และส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับฯในโรงเรียน ชุมชนสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตามบริบทของชุมชนที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมดำเนินการ ต่อยอดสู่การเป็นต้นแบบในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อื่นๆ ที่มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงต่อไป จากการประเมินผล พบว่า เกิดการกำหนดเป้าหมายและมาตรการร่วมกัน เกิดแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาโดยภาคีเครือข่าย มีระบบการการรักษา ส่งต่อ การติดตามนิเทศกำกับที่ชัดเจน ส่งผลให้ อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดมหาสารคาม ลดลงจากปี 2566 จากความชุกร้อยละ 5.90 เหลือ 1.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ สรญา แก้วพิทูลย์ (2559)[8] ได้ศึกษา การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล จากพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 5 อันดับ ผลการศึกษา พบว่า การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมปูองกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังการทดลองกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เซส โมเดล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) คือ ในชุมชนได้มีการจัดระบบที่ดี (p-value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19) ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนร่วมในการดำเนินแก้ไขปัญหาด้วยกันในทุกภาคส่วน (p-value 0.001, 95% CI: 0.71-2.09) โดยขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากชุมชนอย่างต่อเนื่อง (p-value <0.001, 95% CI:0.71-1.4) ทำให้การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เซสโมเดลนั้นลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่าน ดร.นายแพทย์ พิทักษ์พงศ์ พายุหะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ทำให้ผู้วิจัยดำเนินงานสำเร็จลุร่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 - 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. กลุ่มงานวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ความสำคัญของพยาธิใบไม้ตับและปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; (ออนไลน์). (ม.ป.ป.). https://www.nci.go.th/en/research/researhdivision/research_Opisthorchis.html
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ใน พุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4.Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. “ชลน่าน เร่งคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ภาพรวม 30 จว. เสี่ยงสูง. (ออนไลน์). 2567. แหล่งข้อมูลจาก : https://www.hfocus.org/content/2024/02/29789
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.(2567). การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม.
6. ปรีชา สุวังบุตร.(2564). การประเมินผลเชิงนโยบายแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี : แง่มุมการสนับสนุนวิชาการการฝึกอบรมศัลยแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยการผ่าตัด. กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์.
7. วราพร สุดบุญมา และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์.(2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 39(3): 81-90.
8. สรญา แก้วพิทูลย์.(2559) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสุรินทร์. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ

Development of palliative care model for patients at home of appropriate for social cultural context of community in Amnatcharoen Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ขนิษฐา คงทนศิวะกุล[1] นิตยา บัวสาย[2] ชลิตดา ขันแก้ว[2]
Khanistha Khongthonsiwakul[1] Nittaya Buasai[2] Chalitda Khunkaew[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ในการทำ Focus group จำนวน 11 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 47 คน ในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต(2Q9Q) และแบบประเมินความรู้ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 8 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน การทดสอบความแตกต่างทางสถิติภายหลังการพัฒนา พบว่า ความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS) ความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS) มีค่าเฉลี่ยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <.05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลช่วงท้ายชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแล

Abstract

This study was action research. Aim to develop and study of results to home-based palliative care model appropriate for social cultural context of community in Amnatcharoen Province. Sample group consisted qualitative group use doctors, pharmacists, professional nurses, nutritionists, physical therapists for focus group 11 person, Quantitative study group use 8 palliative patients, and 47 caregivers. Research tools used consisted of qualitative instruments, including open-ended questions, and focus groups. Quantitative instruments include general data collection forms, assessment of daily activities (ADL), assessment of patient self-help abilities (PPS), assessment of pain severity (ESASr), mental health assessment (2Q9Q), and knowledge assessment forms. The statistics used were percentages, standard deviations, and before-after comparisons using the Paired t test.

The results of the study found that from the problem analysis, The 8 terminally ill patients, mostly female, 37.50 percent, primary education level 50.00 percent. The development of the model consists of 6

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

important models as follows: 1) Develop a patient assessment system 2) Develop a re-review system 3) Develop training to provide knowledge and skills to caregivers 4) Create an evaluation in a familiar, peaceful home atmosphere 5) Develop a coordination system with multidisciplinary professionals and all relevant parties 6) Promote the existence and use of nursing models for terminally ill patients in organizations and communities to be in the same format. The statistical difference test after the development found that knowledge, self-help skills (PPS), symptom distress (ESASr), and palliative care (PCOS) had a statistically significant improvement at p <.05.

Keywords: End of life care model, Palliative care, caregivers

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย[1]

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงทั้งโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ยังคงเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคนที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลประคับประคอง รักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหนักป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวโยงกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการรักษา ช่วงผู้ป่วยมีชีวิตได้ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังห่วงกังวล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้[2] และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุดพร้อมกับเตรียมครอบครัว ให้พร้อมสำหรับการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ สามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน และตั้งแต่ปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยบริการเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนอง แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันท่วงที และกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ Service Plan ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือที่องค์กรพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใช้ในการพัฒนากลไกการดำเนินงานทั้งนี้มีสาขาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการพยาบาล: Service Plan สาขา Palliative care เป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เข้าถึงบริการได้รับการดูแลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่แรกรับประเมินอาการคัดกรอง ให้การพยาบาลดูแลในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลขณะส่งต่อ และจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายทางการพยาบาลให้ผู้ป่วย

แบบประคับประคอง ได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัย ประเด็นการพยาบาลที่สำคัญ 1) การประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้ เครื่องมือประเมิน ได้แก่ การประเมิน PPS การประเมินอาการรบกวน และ การประเมิน Pain Score 2) การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลเฉพาะทางประคับประคอง การให้ความรู้ให้คำปรึกษา และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว การทำ Family Meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย การค้นหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย (Key man) การค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง (Care Giver) และการประสานทีมสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้องทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) การวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคาในภาวะที่ยังคงรู้สึกตัวดี (Unfinished Business) 3) การพยาบาลการจัดการอาการรบกวนและจัดการความปวด สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การพยาบาลการจัดการอาการรบกวน และจัดการความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย และ 4) การพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น คือ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้าน[3]

หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. 2560 โรงพยาบาลอำนาจเจริญได้จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ จากสถิติของศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในพื้นที่ ปี 2562-2564 จำนวน 7 ราย, 11 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ นับว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจาก แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการ เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ[4] และต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่ง ขอคำปรึกษามายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่ออาการคงที่แพทย์ให้กลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้านและส่งต่อการดูแลให้หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ผู้ป่วยในเขตตำบลโนนหนามแท่ง และเครือข่ายบริการในพื้นที่ 4 ตำบล เขตอำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ ตำบลโนนหนามแท่ง ตำบลนาผือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาดุก จะถูกส่งต่อการดูแลมาที่ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่งซึ่งเป็นแม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะมีการประสานหน่วยบริการในพื้นที่แต่ละตำบลจัดทีมลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากการดำเนินที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจน ในส่วนผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาล มีภาวะเครียด อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลง ไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยบทบาทพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยการประเมินผู้ป่วยทบทวนซ้ำให้ ความรู้ฝึกทักษะ และประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเอง สงบคุ้นเคยพร้อมกับประสานงานกับสหวิชาชีพ และทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการ

พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ให้ชัดเจน และศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลในชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ ในรายผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยเลือกดำเนินการในพื้นที่ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[9] เป็นลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ ทบทวนวรรณกรรม ระดมสมอง เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 และญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เครือข่ายศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนหนาม แท่ง ตำบลนาผือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ คือ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวม 11 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยทีมี (Palliative Performance Scale: (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในเขตพื้นที่เครือข่ายศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนหนาม แท่ง ตำบลนาผือ ตำบลนาวัง ตำบลกุดปลาดุก จำนวน 8 คน และกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 47 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ การสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วม และสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, แบบประเมินPPS ฉบับสวนดอก กิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดำเนินงาน, การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESASr) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) ระดับความรู้ ระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบในกลุ่มญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 1)

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ในเชิงคุณภาพ พบว่า กระบวนการในการพัฒนารูปแบบเดิมในการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจน ไม่มีการใช้เป็นแนวทางเดียวกัน พบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดจากการเจ็บป่วยและขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล อยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยและญาติบางรายยังเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมการดูแลในชุมชน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความยากในการประเมินบางครั้ง กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีประสบการณ์และทักษะในการวางแผนและประสานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน จึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวงผู้ประสานต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 8 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 65 ปี นับ ถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 สถานภาพหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 37.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ผู้ดูแลหลัก เป็นพ่อแม่ บุตรหลาน ร้อยละ 75 รายได้เฉลี่ย 13,370 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 75.00 ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 87.50 เป็นโรคมะเร็งในระบบต่างๆ และอยู่ในช่วงลุกลามไประบบอื่นร้อยละ 62.50 โรคอื่น ๆ ร้อยละ 12.50 ได้แก่ โรคไตวาย

ระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย (COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 25.00 และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมา 2 เดือน ร้อยละ 37.50 กลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 47 คน ส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 76.60 อายุส่วนมาก 41-50 ปี ร้อยละ34.04 อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 53.19 ศาสนาพุทธ ทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.91

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 2)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ ข้อ 3)

3.1 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)ในการประเมิน 4 ครั้ง พบค่าเฉลี่ย 42.86, 35.14, 28.00 และ 20.85 ตามลำดับคะแนนซึ่งคะแนนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน PPS ในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

เยี่ยมครั้งที่	ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS)									
	10		20		30		40		50	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	0	0	0	0	2	25	2	25	4	50
Mean	42.86	SD.8.59	P value	0.00						
2	0	0	2	25	1	12.5	3	37.5	2	25
Mean	37.14	SD.7.01	P value	0.00						
3	1	12.5	2	25	4	50	1	12.5	0	0
Mean	28.00	SD.8.67	P value	0.00						
4	2	25	2	25	3	37.5	1	12.5	0	0
Mean	28.85	SD.8.87	P value	0.00						

3.2 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย และคลื่นไส้อาเจียน

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย Palliative performance scale (PPS)ในการประเมิน 4 ครั้ง พบค่าเฉลี่ย 42.86, 35.14, 28.00 และ 20.85 ตามลำดับคะแนนซึ่งคะแนนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนอาการทางกายในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

ESASr	เยี่ยมครั้งที่ 1			เยี่ยมครั้งที่ 2			เยี่ยมครั้งที่ 3			เยี่ยมครั้งที่ 3		
	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value
ปวด	7.34	0.93	0.00	6.31	1.27	0.00	5.37	0.84	0.00	3.26	0.78	0.00
หายใจเหนื่อย	7.71	1.48	0.00	6.48	1.24	0.00	4.71	1.29	0.00	2.94	1.21	0.00
อ่อนเพลีย	6.91	0.95	0.00	5.6	1.28	0.00	4.97	1.15	0.00	3.17	0.92	0.00
คลื่นไส้อาเจียน	6.26	1.33	0.00	5.54	1.09	0.00	4.62	1.23	0.00	2.97	0.89	0.00

3.3 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลสุขภาพจิต (2Q9Q) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 6 คน และต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive)

3.4 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (PCOS)

ภายหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS เท่ากับ 23.68 (SD. 4.08) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย PCOS ลดลงเป็น 5.74 (SD. 1.67) คะแนน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	Mean	SD.	P value
ครั้งที่ 1	17	32	23.68	4.08	<0.001*
ครั้งที่ 2	4	10	5.74	1.67	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ภายหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการสอบถามจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 พบว่า ครั้งที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ครั้งที่ 4 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับ 3.44 และ 15.49 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้

ระดับความรู้	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	25	0	0
ปานกลาง	4	50	0	0
มาก	2	25	8	100
	Mean 7.75 SD. P value 0.00	2.92	Mean 15.49 SD. P value 0.00	0.70

3.6 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

การเปรียบเทียบความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 6.24 คะแนน (SD 1.36 คะแนน) ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่า 8.48 คะแนน (SD 1.44 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , t=4.64 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 การทดสอบคะแนนความรู้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=47)

รายการ	แปลผล	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนาฯ	ปานกลาง	6.24	1.36	4.64	<0.001*
หลังหลังการพัฒนา	มาก	8.48	1.44		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนา พบว่า เมื่อประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 46.74 (SD. 1.85)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นโรคมะเร็งในระบบต่างๆ และอยู่ในช่วงลุกลามไประบบอื่นโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย (COPD) และโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และทราบว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยมีค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับ กิตติกร นิลมานัต และคณะ [12]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 2) ประกอบด้วย 6

รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบการทบทวนซ้ำ 3) พัฒนาการฝึกอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะผู้ดูแล 4) สร้างการประเมินผลในบรรยากาศที่เป็นบ้านตนเองที่สงบคุ้นเคย 5) พัฒนาระบบการประสานงานกับสหวิชาชีพและทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง 6) ส่งเสริมการมีและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในองค์กรและชุมชนชุมชนให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เนื่องจาก การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ควรเน้น การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดำเนินการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ โดยลงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อประเมินการดูแล ติดตามอาการและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS) คะแนนลดลง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะการดำเนินโรคดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางสังคม และจิตวิญญาณ ทุกครั้ง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ได้เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวล และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีสอดคล้องกับ สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ[13]

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่ เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (วัตถุประสงค์ 3) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนมีการให้ความรู้ผู้ป่วย และผู้ดูแลในทุกมิติ และเมื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทำให้มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลักที่บ้านจากการลงเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 4 พบว่า ครั้งที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลหลักอยู่ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ครั้งที่ 4 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับ 7.44 และ 15.49 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 6 คนและต้องประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q จำนวน 2 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยประเมินพฤติกรรมการปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ในการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[14]

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ส่งผลให้การจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการ (ESASr) คือ ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย และ คลื่นไส้อาเจียน เมื่อได้รับการดูแลและคำแนะนำในการจัดการอาการ พบว่าอาการทางกายที่พบมีค่าเฉลี่ยน้อยลง แสดงว่าความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าการ

จัดการรายการณีที่สหวิชาชีพได้วางแผน และประสานการดูแลกับทีมการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ จัดการอาการที่ดี ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง และ เนื่องจากทีมประคับประคองติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถให้ผู้ป่วยโทรหาพยาบาลได้ตลอดเวลาหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการจัดการพยาบาลประคับประคอง จะรายงานแพทย์ในทีมประคับประคอง เพื่อสั่งยาหรือลงเยี่ยมบ้าน เพื่อจัดการอาการผู้ป่วยนอกจากนี้ มีระบบPain Clinic เป็นช่องทางในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ[13]

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (PCOS)ลดลงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลน่าน ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีการดูแลโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้วทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย มีระดับ POS-P และ POS-C ลดลง แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ และ เนื่องจากผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเข้าถึงและได้รับการจัดการความปวด และทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อ ระบบการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง ควรมีการนำรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ใน หน่วยงานบริการปฐมภูมิ และศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง

2. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องมีประสบการณ์และ มีทักษะในการวางแผนการประสาน การดูแลกับทีมการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ รวมทั้งการสอนให้ ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการทางกาย การดูแลด้านจิตใจอารมณ์และสังคม รวมทั้งการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม วางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวก ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ต้องมีบทบาททั้งผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลร่วมในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคลากรศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M.(2018). Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. J Pain Symptom Manage, 2018 May;55(5):1408-1419. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID:29366913.
2. จอนผะจง เพ็งจาด. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(1), 100-107.
3. ชุติกาญจน์ หฤทัย และคณะ. (2563). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
4. ปิยาวรรณ โภคพลากร. (2560), รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 40-51.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ธีรพร สถิรอังกูร และคณะ. (2561). แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล : Service Plan.ประทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
8. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3), 45-54.
9. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (mrd ed.). Victoria : Deakin University.
10. Widera E. Primary Palliative Care. Med Clin North Am. 2020 May;104(3):xvii-xviii. doi: 10.1016/j.mcna.2020.02.001. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32312417
11. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. J Clin Oncol. 2020 Mar 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152. 10.
12. กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล, 33(3), 51-66.
13. สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 1-14.
14. ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน, วารสารสาธารณสุขล้านนา, 13(1), 25-36.

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษา ในเด็ก 0-5 ปีพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

Research and development of nursing innovations using picture cards and word cards and tostimulate language development in children aged 0-5 years in Nong Chik District Pattani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ฮาลาวาตี สนิหวี[1] อังคณา วังทอง[2]
Halawati Saniwi[1] Angkana Wangthong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมและประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากการคัดกรองเด็ก จำนวน 50 คน พบเด็กสงสัยล่าช้าและล่าช้าจำนวน 30 คน ประกอบด้วย (1) เด็ก 0-5 ปี ที่มารับบริการคลินิกรักษ์เด็ก จำนวน 13 คน คลินิกเด็กดี จำนวน 10 คน และจากการลงประเมินพัฒนาการในชุมชนนำร่อง จังหวัดปัตตานีจำนวน 7 คน รวมทั้งหมด จำนวน 30 คน (2) ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) เครื่องมือที่ใช้ ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ โดยผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) และคู่มือการฝึกพูดเบื้องต้น โดยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการกระตุ้นพัฒนาการ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินพัฒนาการเด็ก โดยใช้คู่มือประเมิน DSPM,TEDA4I แบบประเมินประสิทธิภาพ ของนวัตกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่านวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำมีความสะดวกต่อการใช้งานมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย การเลือกใช้วัสดุมีความปลอดภัย มีความน่าสนใจกระตุ้นเด็กให้เกิดการเรียนรู้ เหมาะกับวิถีชีวิต บริบทศาสนาอิสลามและมีประโยชน์ในการใช้งาน ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับดีมาก เด็กมีพัฒนาการ ทางภาษาที่ดีขึ้นหรือสมวัยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80

คำสำคัญ: นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ , พัฒนาการทางภาษา , การกระตุ้นพัฒนาการ

Abstract

This research was research and development aimed at developing innovations and evaluating their efficiency. and the effectiveness of picture cards and word cards to stimulate language development in children aged 0-5 years in the Nong Chik District area Pattani Province. The sample group was purposively selected from the screening of 50 children. Found 30 children with suspected delays and delays, consisting of (1) children aged 0-5 years who came to receive services from the Child Care Clinic, 13 people, and the Good Child Clinic, 10 people. and from evaluating development in pilot communities Pattani Province, 7 people, total 30 people (2) parents or caregivers of sample children, 30 people, research conducted from October 2020 to September 2022 The tools used consist of 2 parts: (1) The tools used in the experiment include innovative picture cards and word cards. The researchers created and developed it from an assessment manual to help early childhood children with developmental problems (TEDA4I) and a manual for basic speaking training. By involving parents or caregivers

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (พยม.,วพย.,อพย.,เทียบเท่าปริญญาเอกสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) โรงพยาบาลหนองจิก

in stimulating development. (2) Tools used to collect data Child development assessment form Using the DSPM, TEDA4I evaluation manual, innovation efficiency evaluation form, and satisfaction questionnaire that the researcher created himself by collecting related literature. Data were analyzed using percentages, means and standard deviations.

The results of the study found that the innovative picture cards and flashcards were convenient to use and had clear content. Easy to understand, the selection of materials is safe. It is interesting, stimulates children to learn and is useful in use.

Parents have a higher level of satisfaction. Children's language development has improved or is within the normal range, 80 percent.

Keyword: Innovative picture cards and word cards, Language development, Development stimulation

บทนำ

เด็กปฐมวัยในช่วงอายุระหว่าง 0 – 5 ปี ถือว่าเป็นช่วงโอกาสทองของการเรียนรู้ ในวัยนี้สมองเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการสร้างวงจรประสาทและจุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทมากที่สุดพร้อมเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเด็กได้รับการพัฒนาและได้รับการกระตุ้นด้วยวิธีการที่ถูกต้อง จะช่วยสร้างเสริมให้มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ – จิตใจ สังคม และสติปัญญา ในส่วนของภาษาก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป หากได้รับการส่งเสริมทักษะทางภาษาอย่างเพียงพอจะทำให้การเรียนรู้ของเด็กเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการทางสังคมและสติปัญญา เด็กในวัยนี้จะเริ่มเปล่งเสียงอ้อแอ้ตามธรรมชาติและค่อยเริ่มพูดคำที่มีความหมายคำแรกได้เมื่ออายุ 8 เดือน-1 ปี เช่นคำว่า"แม่"จากนั้นก็จะพูดคำต่างๆ ได้มากขึ้นจนสามารถพูดเป็นประโยคได้[1] พัฒนาการด้านภาษาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยนี้ และมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางสติปัญญาส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ต่างๆหากได้รับการช่วยเหลือช้าไม่ทันช่วงเวลาการเรียนรู้ที่สำคัญอาจทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไปแต่ถ้าเด็กได้รับการบำบัดเมื่ออายุยังน้อยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้เด็ก มีความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านภาษาดีขึ้น[2]

จากสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการที่เป็นจุดสำคัญให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในปี 2564 รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2564) การติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น พบว่า เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 69.9 ใกล้เคียงค่าเป้าหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เด็กมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา[3] และจากผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) คลินิกรักษ์เด็ก โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่าเด็กที่ถูกส่งต่อมาให้กระตุ้นพัฒนาการและจากการลงประเมินพัฒนาการเด็กในชุมชน จำนวน 50 คน พบเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 (ธันวาคม 2564 – กันยายน 2565) พัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยนับว่าเป็นวิกฤติร้ายแรงต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโดยพบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากกว่าพัฒนาการในด้านอื่น ๆ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าความล่าช้าด้านภาษาอาจสงผลต่อพัฒนาการด้านอื่นให้ล่าช้าตามไปด้วย ถึงแม้ปัจจุบันนี้มีการพัฒนาระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ชัดเจน แต่เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติพบว่ายังต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้ระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น[4]

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรคำและบัตรภาพเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี ได้พัฒนา

นวัตกรรมซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ร่วม ได้แก่ ทฤษฎีการเลียนแบบ (The imitation theory) ของลีวิส (Lewis) ซึ่งเชื่อว่าการเลียนแบบของเด็กเกิดจากความพอใจและความสนใจของตัวเด็กเอง ปกติช่วงความสนใจของเด็กนั้นสั้นมาก เด็กจึงต้องมีสิ่งเร้าซ้ำๆกัน จึงทำให้เด็กมักพูดซ้ำๆ และทฤษฎีการรับรู้ (Motor theory of perception) ของไลเบอร์แมน (Liberman) ซึ่งเชื่อว่าเด็กเรียนรู้ภาษาโดยการรับรู้ทางการฟัง เด็กจะพูดซ้ำกับตนเองและหัดเปล่งเสียงโดยอาศัยการอ่านริมฝีปากซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้คำ[5] บัตรภาพและบัตรคำถือเป็นสื่อการเรียนรู้ประเภทหนึ่งที่เด็กชื่นชอบ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ตอบสนองความต้องการ และช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา สอดคล้องบริบทพหุวัฒนธรรม เหมาะสมวิถีชีวิตของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี[6]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ามีส่วนร่วมในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และนำเด็กไปรับบริการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนานวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

2.เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการคลินิกรักษ์เด็ก จำนวน 13 คน คลินิกเด็กดี จำนวน 10 คน และจากการลงประเมินพัฒนาการในชุมชนนำร่อง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีจำนวน 7 คน รวมทั้งหมด จำนวน 30 คน ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูและเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการทางภาษาสงสัยล่าช้าและล่าช้าทั้งเพศชายและ เพศหญิง ไม่มีความพิการใดๆ เช่น ความผิดปกติทางการได้ยิน การมองเห็น และความพิการด้านสติปัญญา และผู้ปกครองของเด็กยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย ทุกคนได้รับการประเมินพัฒนาการทางภาษาโดยคู่มือ DSPM และคู่มือ TEDA4I ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาต่อไป

วิธีการดำเนินวิจัย

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหาสถานการณ์ ในเรื่องการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กและออกแบบนวัตกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ/วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรม

1.1 สำรวจกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 50 คน ด้วยการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM ในคลินิกเด็กดีและชุมชนนำร่องประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ TEDA4I ในคลินิกรักษ์เด็ก โรงพยาบาลหนองจิกพบเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้าทางภาษา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60

1.2 วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์และความต้องการโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านพัฒนาการเด็ก 6 ขั้นตอน คือ 1) เข้าถึง 2) เข้าใจ 3) โต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน 4) ตัดสินใจ 5) เปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) บอกต่อ โดยพัฒนางานวิจัยต่อยอดจากเรื่อง การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี[7]

ในการรวบรวมข้อมูลปัญหา ความต้องการและสรุปเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรม ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเนื้อหาที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นดินแดนที่มีอัตลักษณ์พิเศษด้านภาษาและวัฒนธรรม ประชากรร้อยละ 83 พูดภาษามลายูถิ่นสื่อสารในชีวิตประจำวัน[8] และส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จากการสอบถามผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.33 พบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการบัตรภาพและบัตรคำ รวมทั้งคู่มือฝึกพูดเป็นสองภาษา คือ 1.ภาษาไทย 2.ภาษามลายูถิ่นใช้อักษรไทยในการเขียน 3.ภาษามลายู เพื่อเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาให้มากขึ้นและเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนานวัตกรรม พัฒนารูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ

2.1 การออกแบบพัฒนานวัตกรรม โดยการศึกษาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ดังต่อไปนี้

2.1.1 การศึกษาแนวคิดทฤษฎีการเลียนแบบ (The imitation theory) ของลีวิส (Lewis) ซึ่งเชื่อว่าพัฒนาการทางการพูดนั้นเกิดขึ้นหลายทาง โดยอาศัยการเลียนแบบ ซึ่งอาจเกิดได้จากการมองเห็นหรือการได้ยินเสียงการเลียนแบบเกิดจากความพอใจและความสนใจของตัวเด็กเอง จึงต้องมีสิ่งเร้าซ้ำๆกันจึงจะทำให้เด็กพูดซ้ำๆ

2.1.2 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ (Motor theory of perception) ของไลเบอร์แมน (Liberman)) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ทางการฟังขึ้นอยู่กับการเปล่งเสียง จึงเห็นได้ว่าเด็กมักจ้องหน้าเวลาเราพูดด้วย การทำเช่นนี้เพราะเด็กฟัง และพูดซ้ำกับตัวเองหรือหัดเปล่งเสียง โดยอาศัยการอ่านริมฝีปากแล้วจึงเรียนรู้คำ

2.1.3 ศึกษาวิธีการฝึกพูดเบื้องต้น[9] เพื่อจัดทำคู่มือการฝึกพูดเบื้องต้นเป็นสองภาษาประกอบการใช้บัตรภาพและบัตรคำที่พัฒนาขึ้น

นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการในขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบเนื้อหาของบัตรภาพและบัตรคำให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ใช้ภาพและคำที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ของท้องถิ่น กำหนดวิธีการใช้งาน เช่น วิธีเล่น หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 การสร้างต้นแบบนวัตกรรม

2.2.1 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำบัตรภาพและบัตรคำ

2.2.2 นำภาพและคำศัพท์ที่คัดเลือกไว้แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดสัตว์ ผลไม้ สิ่งของเครื่องใช้ และอวัยวะในร่างกาย มาสร้างต้นแบบบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษา

2.2.3 จัดทำคู่มือกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาใช้ควบคู่กับบัตรภาพและบัตรคำ ซึ่งเริ่มจากการเตรียมความพร้อม การสอนพูด การฝึกพูด และการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาตามช่วงวัย

2.3.4 นำต้นแบบนวัตกรรมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลที่ดูแลคลินิกพัฒนาการ และนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ด้านพัฒนาการเด็กและด้านภาษามลายูท้องถิ่น ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และปรับแก้ตามคำแนะนำ (ปรับปรุงต้นแบบนวัตกรรม ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และพัฒนานวัตกรรม โดยนำกระบวนการทางการพยาบาล (NURSING PROCESS) มาปรับใช้ในการทดลองและพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

3.1 การประเมินสภาพ (ASSESSMENT) โดยการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I

3.2 การวางแผนการพยาบาล (NURSING DIAGNOSIS AND PLANNING) โดยการกำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม ร่วมกับสร้างแบบประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของนวัตกรรม แบบประเมินความ พึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้นวัตกรรม ตรวจสอบความถูกต้องและปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำนวัตกรรมมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

5 คน เพื่อศึกษาความเข้าใจในเนื้อหาของผู้ปกครองและกระบวนการนำไปใช้

3.3 การปฏิบัติการพยาบาล (IMPLEMENTATION) ทดลองใช้นวัตกรรมในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กทางภาษา โดยดำเนินการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาด้วยบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปี ภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการเป็นเวลา 1 เดือน และกรณีพัฒนาการล่าช้า กระตุ้นพัฒนาการเป็นเวลา 3 เดือน

3.4 การประเมินผล (EVALUATION) โดยทำการประเมินผลก่อนและหลังการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกัน (ONE GROUP PRETEST-POSTTEST DESIGN) และปรับปรุงนวัตกรรมจากปี พ.ศ.2564 จัดทำบัตรภาพและบัตรคำที่ทำจากกระดาษโฟมยางซึ่งมีค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ.2565 ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ คิดหาวัสดุเหลือใช้มาทดแทนบัตรภาพและ บัตรคำแบบเดิม เพื่อลดค่าใช้จ่ายจนได้บัตรภาพและบัตรคำที่ใช้วัสดุ RE-USE (ปฏิทินตั้งโต๊ะ) มาใช้แทน (ปรับปรุงนวัตกรรมครั้งที่ 2)

4. การวิจัยและพัฒนา (RESEARCH AND DEVELOPMENT) วิเคราะห์ผลลัพธ์ จัดทำคู่มือการใช้งานสำหรับผู้ปกครอง และเผยแพร่องค์ความรู้

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการทดลองและรายงานผล โดยการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 30 คน ร่วมกับประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กต่อการใช้นวัตกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ คู่มือกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาโดยผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

2.1 คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I)

2.2 แบบประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำต้นแบบนวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำกระตุ้นพัฒนาการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลและนักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์ด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหาและประสิทธิภาพของบัตรภาพและบัตรคำ และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำต้นแบบนวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำกระตุ้นพัฒนาการ มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ที่มีพัฒนาการล่าช้าทางภาษา ผลการทดลองใช้พบว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถใช้บัตรภาพและบัตรคำในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1.ผู้วิจัยทำการประเมินพัฒนาการเป็นรายบุคคลด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในกรณีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ในกรณีพัฒนาการล่าช้าก่อนการกระตุ้นพัฒนาการ

2.กระตุ้นพัฒนาการตามวัยด้วยบัตรภาพและบัตรคำกระตุ้นพัฒนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใน

ระยะเวลา กรณีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1 เดือน และกรณีพัฒนาการล่าช้า 3 เดือน ต่อเด็ก 1 คน เดือนละ 1-2 ครั้ง วันละ 60 นาที ร่วมกับสอนและสาธิตวิธีการกระตุ้นพัฒนาการให้ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูกระตุ้นต่อที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

3.ประเมินพัฒนาการเป็นรายบุคคลด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ร่วมกับประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมและประเมินความพึงพอใจ หลังการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์

4.นำผลการประเมินก่อนและหลังการกระตุ้นพัฒนาการไปหาค่าเฉลี่ย เพื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินพัฒนาการทางภาษา ประสิทธิภาพของนวัตกรรม ความพึงพอใจของผู้ปกครองในการใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า สามารถพัฒนานวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ (ภาพ 1) เพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษา เน้นการใช้ภาพที่ดึงดูดใจ สีสันสดใส และมีความชัดเจน คำศัพท์ที่เลือกใช้ มีการทดลองใช้และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก

เนื้อหาเหมาะสมกับวัย: เลือกคำศัพท์และภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของเด็ก เช่น สัตว์ ผลไม้ สิ่งของเครื่องใช้และอวัยวะในร่างกาย

ความเรียบง่าย: ใช้ภาพและคำที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน เพื่อไม่ให้เด็กสับสน

การออกแบบที่ดึงดูดใจ: ใช้สีสันสดใส รูปทรงที่น่าสนใจ เพื่อกระตุ้นความสนใจของเด็ก

ปลอดภัยต่อเด็ก: ใช้วัสดุที่ปลอดภัย ไม่มีขอบคม และไม่เป็นอันตรายต่อเด็ก

ภาพ 1 นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ

2. ผลการกระตุ้นพัฒนาการด้วยบัตรภาพและบัตรคำ พบว่า เด็กมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีขึ้นหรือสมวัยอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่สมวัย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำมากระตุ้นพัฒนาการทางภาษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (M=4.43 ,SD=0.504) การเลือกใช้วัสดุมีความปลอดภัย (M=4.13 ,SD=0.681) มีความสะดวกต่อการใช้งาน (M=4.40 ,SD=0.498) มีความน่าสนใจกระตุ้นเด็กให้เกิดการเรียนรู้ (M=4.67 ,SD=0.479) และมีประโยชน์การใช้งาน (M=4.20 ,SD=0.714) ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับดีขึ้นไป (M=4.53 ,SD=0.681)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัด เป้าหมายและผลลัพธ์ของนวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ของการศึกษา	
- เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการที่ดีขึ้นหรือสมวัยทางภาษา	75 %	80 %	
ประสิทธิภาพของนวัตกรรม - บัตรคำมีเนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย - การเลือกใช้วัสดุมีความปลอดภัย - ความสะดวกต่อการใช้งาน - ความน่าสนใจกระตุ้นเด็กให้เกิดการ เรียนรู้ - ประโยชน์การใช้งาน	ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป M ≥ 3	 M = 4.43 M = 4.13 M = 4.40 M = 4.67 M = 4.20	 SD = 0.504 SD =0.681 SD =0.498 SD =0.479 SD =0.714
- ความพึงพอใจของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูระดับ ดีมาก	ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป M ≥ 3	M = 4.53	SD =0.681

M=Mean, SD=Standard Deviation

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำเพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปี พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีพบว่า พัฒนาการทางภาษาของกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีขึ้นหรือสมวัยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่สมวัย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีรยา ทองไทร[10] ได้ศึกษาการพัฒนาการพูดเล่าเรื่องโดยใช้แผนการจัดประสบการณ์ประกอบบัตรภาพและบัตรคำสาหรับเด็กอนุบาลโรงเรียนบ้านดอนสาราญ ตำบลแม่ราพึง อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพัฒนาการทางภาษาของเด็กอนุบาล ชั้นปีที่ 2 หลังการจัดกิจกรรมการพูดเล่าเรื่องโดยใช้แผนการจัดประสบการณ์ประกอบบัตรภาพและบัตรคำ มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางภาษาก่อนจัดกิจกรรมเท่ากับ 30.06 และมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางภาษาหลังจัดกิจกรรมเท่ากับ 62.00 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 31.93 คิดเป็นร้อยละ 39.91

ประสิทธิภาพของบัตรภาพและบัตรคำมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่ายการเลือกใช้วัสดุมีความปลอดภัยมีความสะดวกต่อการใช้งาน มีความน่าสนใจกระตุ้นเด็กให้เกิดการเรียนรู้และมีประโยชน์การใช้งานอยู่ในระดับดีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชนาธิป บุบผามาศ[6] ได้ศึกษาการพัฒนาหนังสือเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผลการวิจัยพบว่าในการพัฒนาหนังสือสำหรับเด็กปฐมวัย ผู้พัฒนาควรศึกษากระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาหนังสือตามหลักกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งหากการพัฒนาหนังสือเป็นไปตามกระบวนการที่เป็นระบบและเป็นขั้นตอนก็จะทำให้ได้หนังสือที่มีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพตรงตามความต้องการและความสนใจของเด็กปฐมวัยสามารถนาไปใช้ในการเติมเต็มสาระความรู้ที่เหมาะสมกับช่วงวัยและวุฒิภาวะของเด็กปฐมวัยอันจะทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยพร้อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

ผลจากการใช้นวัตกรรมบัตรภาพและบัตรคำ รวมทั้งคู่มือฝึกพูดเป็นสองภาษา คือ 1.ภาษาไทย 2.ภาษามลายูถิ่นใช้อักษรไทยในการเขียน 3.ภาษามลายูสามารถเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูได้มากยิ่งขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโสพินทร์ แก้วมณี[11] ได้ศึกษาการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.54 เป็นร้อยละ 88.88 สงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษาลดลงจากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 7.14 ซึ่งได้นำผล

การศึกษาและการพัฒนาที่ได้ มาเป็นแนวทางในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่สมวัยมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้บัตรภาพและบัตรคำ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาในเด็ก 0-5 ปี เป็นสื่อที่ช่วยกระตุ้นให้เด็กมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้คำใหม่กระตุ้นในด้านการจดจำ เด็กมีความเข้าใจในคำศัพท์คำนั้น ๆ ได้ง่ายยิ่งขึ้นโดยมีผู้ปกครองหรือ ผู้เลี้ยงดูเป็นผู้กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้แก่เด็ก อาศัยการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างผ่านสื่อ สามารถส่งเสริมความสามารถทางทักษะภาษาของเด็กให้ดีขึ้นหรือสมวัยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1.ช่วงเวลาที่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน ควรจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เอื้อต่อการกระตุ้นพัฒนาการไม่มีเสียงดังจากภายนอกเข้ามารบกวนสมาธิของเด็กในระหว่างทำกิจกรรม

2.ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูควรส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆไปพร้อมกันด้วย

3.ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูควรให้แรงเสริม เมื่อเด็กทำได้หรือพยายามที่จะทำถึงแม้เด็กจะทำไม่ได้

4.คำพูดที่ใช้กับเด็กควรเป็นคำสั้นๆเข้าใจง่าย ชัดเจนและคงที่

5.ให้ความช่วยเหลือเด็กเท่าที่จำเป็น ลดการช่วยเหลือลงเมื่อเด็กทำได้

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.นำไปใช้ในคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลหนองจิกเพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษาเป็นระยะเวลา 30 วัน

2.นำไปใช้ในคลินิกรักษ์เด็กโรงพยาบาลหนองจิกและใช้ในการลงเยี่ยมบ้านเพื่อฝึกกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าทางภาษา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเป็นระยะเวลา 3 เดือน

4.ขยายผลลงในเครือข่ายสุขภาพ เช่น ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. อารีย์ คำสังฆะ,สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์และ จิราภรณ์ บุญส่ง. (2554). การส่งเสริมความเข้าใจภาษาของเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองใช้ชุดกิจกรรม “เล่นกับลูกปลูกภาษา”. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยข่อนแก่น. 34(1-2): 164-172.
2. อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร,(2565). ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16(3): 986-998
3. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. สรุปผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เข้าถึงได้จาก: https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=83004&mid=36391&mkey=m_document&lang=th&did=26974. 25 มกราคม 2564.
4. วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ,ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์และ อาทิตยาวังวนสินธุ์. (2563).การส่งเสริมพัฒนาการใน เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จ. วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช. 33(2): 6-18.
5. ตฤณ หงส์ใส, (2564).การสร้างนวัตกรรมหนังสือภาพเพื่อเตรียมความพร้อมทางภาษาด้านการพูดของเด็กปฐมวัยพื้นที่ห่างไกลในอำเภอสบเมยจังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

6. ชนาธิป บุบผามาศ, (2564). การพัฒนาหนังสือเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย.วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 12(2): 142-150.
7. ฮาลาวาตี สนิหวี,อังคณา วังทองและ อนุชิต วังทอง. (2563). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. 2(1): 41-51.
8. มูนีเร๊าะ ผดุง, สุรชัย สุขสกุลชัยและคณะ. (2556). สภาพการจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาที่สอง และแนวทางในการพัฒนาสื่อประสมสองภาษา : กรณีศึกษาจังหวัดนราธิวาส. 8(1): 31-39.
9. กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก, 2563)
10. วีรยาทองไทร, (2556). การพัฒนาการพูดเล่าเรื่องโดยใช้แผนการจัดประสบการณ์ประกอบบัตรภาพและบัตรคำสำหรับเด็กอนุบาลโรงเรียนบ้านดอนสำราญตำบลแม่รำพึง อำเภอบางสะพานจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการVeridian E-Journal. 6(3): 1-10.
11. โสพินทร์ แก้วมณี, (2566). การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอเมือง จังหวัดสตูล. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 5(2): 34-47.

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร

Effects of a Health Education and Increase Self-Efficacy Program among Kidney Stone Patients, Sakon Nakhon Hospital.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

อุดมพร สินธุโคตร[1] อรอุมา แก้วเกิด[2] ณทุดา อุปวรรณดี[3]
Udomporn Sintukote[1], Onuma Kaewkerd[2], Nathuda Upawandee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนครกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนิ่วในไต ที่มารับบริกาห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ตึกอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก ชั้น3 โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ส่วน เครื่องมือโปรแกรม และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนิ่วในไต 3) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ paired t-test ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 12 พฤศจิกายน 2567 – 30 มกราคม 2568

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น เพศของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 53.1 (17 คน) ส่วนระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 (16 คน) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคนิ่วในไตหลังให้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และสมรรถนะหลังให้โปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรู้ , สมรรถนะแห่งตน , นิ่วในไต

Abstracts

The quasi-experimental research aimed to study the effects of an educational program designed to enhance self-efficacy in kidney stone patients at Sakon Nakhon Hospital. The sample consisted of 32 kidney stone patients who received services at the urology surgery outpatient department on the 3rd floor of the emergency and outpatient building at Sakon Nakhon Hospital. The research instruments included two parts: the educational program itself and data collection tools, which consisted of 1) a personal information questionnaire, 2) a knowledge questionnaire on kidney stones, and 3) a self-efficacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as paired t-test for statistical analysis. The study was conducted between November 12, 2024 – January 30, 2025.

The results showed that in terms of general information, most of the experimental and control group participants were male, with 53.1% (17 individuals) in the experimental group. Regarding education level, the majority had completed primary school, making up 50.0% (16 individuals). Additionally, participants' knowledge about kidney stones significantly increased after the program, with a p-value of .001. Self-efficacy also significantly improved after the program, with a p-value of .001.

Keywords: Program, Knowledge, Self-efficacy, Kidney Stones

บทนำ

สถานการณ์ปัญหานิ่วในไตเป็นปัญหาสาธารณะสุขสำคัญสถิติมีแนวโน้มสูง ในประเทศไทย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ประพันบรรณกิจ อุดมพร สินธุโคตร อีเมล์ udomporn1886@gmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสกลนคร

พบอุบัติการณ์สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหา เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น อายุ เพศ อาชีพ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพภูมิศาสตร์ พฤติกรรมการบริโภค สถิติทั่วโลกพบว่า ในอเมริกามีรายงานความชุกเพิ่มขึ้น เกือบสองเท่า จากปี ค.ศ. 1994 ร้อยละ 5.2 เป็น ร้อยละ 8.8 ในปีค.ศ. 2010[1] ในอเมริกาพบว่ามีคนเป็นนิ่วเพศหญิงมากกว่า ชาย อัตราส่วนเป็น 2:1 ในปี ค.ศ. 2010[2] ส่วนประเทศไทย พ.ศ. 2559 จำนวน 56,258 เพิ่มขึ้นเป็น 58,209 คน ในปีพ.ศ. 2560 และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ เกิดในเพศชายและหญิงช่วงอายุ 51-60 ปี เกิดจากกลไกการตกผลึก การเพิ่มขนาดของนิ่ว และการรวมกันของสารก่อนิ่ว ได้แก่ แคลเซียม ฟอสเฟต กรดยูริก ซิสทีน และออกซาเลต โดยนิ่วที่พบเป็น แคลเซียม ร้อยละ 80-85 ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เพศ อายุ พฤติกรรมการบริโภค การดื่มน้ำ การขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน[3] การรักษาโรคนิ่วมีหลายวิธี การผ่าตัด การสลายนิ่ว การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย จะช่วยชะลอการเป็นโรคซ้ำ[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยนิ่วในทางเดินปัสสาวะและการใช้เครื่องมือ การชักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ หลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนพบว่า คะแนนพฤติกรรมกลุ่มทดลองเพิ่มมากว่ากลุ่มควบคุม จากค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 61.76 (SD= 3.55) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 53.36 (SD= 3.70)[3] การศึกษาที่ผ่านมาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม[5] ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยนิ่วไนไต ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย และการมาตรวจรักษาตามนัด ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น โดยเน้นเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ยับยั้งการเกิดนิ่ว และเลือกให้เหมาะสมกับชนิดของนิ่วของผู้ป่วย รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดนิ่วจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดนิ่ว การดื่มน้ำสะอาดและการเพิ่มปริมาณการดื่มน้ำให้เพียงพอที่จะช่วยเพิ่มปริมาณของน้ำปัสสาวะและลดความเข้มข้นของสารประกอบเกลือแร่ต่าง ๆ ที่อาจรวมตัวเกิดเป็นผลึกก้อนนิ่วขึ้นได้ และยังมีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยทำให้นิ่วขนาดเล็กหลุดเองได้[6] การออกกำลังกายในระดับพอดี การเกิดนิ่วได้ร้อยละ 16 รวมถึงการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยให้มากพอเพื่อช่วยให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับโรงพยาบาลสกลนคร จังหวดสกลนครมี จำนวนผู้ป่วยนิ่วในไตจากการเก็บรวบรวมสถิติของเวชสถิติ ในปีพ.ศ. 2562–พ.ศ.2566 พบว่าจำนวน ผู้ป่วยนิ่วในไตทั้งหมด 15,290 ราย มีภาวะไตเสื่อมถึงขั้นต้องผ่าตัดไตทิ้งจำนวน 463 ราย คิดเป็นร้อยละ 3 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทาง โรงพยาบาลเล็งเห็น เนื่องจากมีอัตราการเสื่อมของไตในผู้ป่วยนิ่วในไตที่ต้องได้ผ่าตัดไตทิ้งเพิ่มขึ้นทุกปี[7] การให้การบริการแก่ผู้ป่วยนิ่วในไตของ โรงพยาบาลสกลนคร จะเปิดให้บริการทุกวันยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ตั้งแต่ 08.00–16.00 น. ที่งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ชั้น3 ตึกอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก ในปัจจุบันจะมีจำนวน ผู้ป่วยนิ่วในไตที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทุกวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต จะมีการศึกษาในจังหวัดอื่นแต่ในจังหวัดสกลนครยังมีการศึกษาจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลระดับจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาล

สกลนคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหาแนวทางปรับปรุงและพัฒนาแผนการดำเนินงานควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยนิ่วในต่อไป อีกทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคนิ่วในไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว (One group pre-posttest design) ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างวันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 – 30 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power[8] โดยใช้สถิติ dependent t-test ค่า effect size จากค่าอิทธิพลขนาดกลาง .50 (Cohen,1988)[9] ได้เท่ากับ 0.05 Power .80 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10-12 เปอร์เซ็นต์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจถอนตัวออกจากงานวิจัย สรุปได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) **ดังนี้** 1) ผู้ป่วยนิ่วในไต เพศชาย หญิง 2) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) อายุ 20-59 ปี 4) ผู้ป่วยที่มารับบริการห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ตึกอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก ชั้น3 โรงพยาบาลสกลนคร 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย **กลุ่มตัวอย่างที่คัดออก** 1) ป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) เข้าร่วมงานวิจัยได้ไม่ถึงร้อยละ 80 3) ป่วยติดเตียง หรือมี ESRD

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือโปรแกรม ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1 เครื่องมือโปรแกรมผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดเพิ่มสมรรถนะแห่งตน มีคู่มือให้ความรู้นิ่วในไต และตารางกิจกรรม 8 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถามพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนิ่วไต การออกกำลังกาย การดื่มน้ำต่อวัน จำนวน 12 ข้อ

2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนิ่วในไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ เป็น ใช่ไม่ใช่ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-4.00 แปลว่าความรู้ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00 แปลว่าความรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00 แปลว่าความรู้ระดับสูง ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมัน Cronbach alpha ecoefficiency เท่ากับ .94

3 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive learning) ของแบนดูรา[10] ประยุกต์จากณัฏฐา ดวงตา[11] ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก 2

หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย จำนวน 23 ข้อ แปลผลดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงค่า IOC เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมัน Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนครเพื่อขอเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3) กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตอนทำโปรแกรม ซึ่งทำ 3 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในการทำกิจกรรมอาศัยรายละเอียดกิจกรรมตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

4) กิจกรรมรายครั้งของกลุ่มทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมรายกลุ่ม โดยการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยได้ให้ทำผังแนวคิดนำไปสู่เป้าหมาย และให้แต่ละท่านตั้งเป้าหมายส่วนตัวและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนะนำเกี่ยวกับโรคนิ่วในไต การหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดนิ่วในไต การบอกชนิดของนิ่ว การบันทึกน้ำดื่ม การออกกำลังกาย กิจกรรม การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) ผู้วิจัยอธิบายโดยหาคนที่ประสบความสำเร็จมาเล่าให้ผู้ร่วมวิจัยฟัง และให้ศึกษาคู่มือโปรแกรมที่สร้างขึ้นและแจกให้อ่านรายละเอียด ประกอบด้วยความรู้ การทดสอบความรู้ กิจกรรมการให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ตามเอกสารคู่มือ เปิดโอกาสให้ซักถาม การจัดกิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอวิธีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องของตนเอง การดื่มน้ำการออกกลังกาย พยาบาลนำคนที่ไม่เกิดนิ่วซ้ำ และคนที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองขณะเป็นโรคไตมาเล่า กิจกรรม ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนิ่วในไต นึกถึงประสบกาณ์ที่ทำสำเร็จมาตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 1-6 และทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ต่อคณะผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในการปรับพฤติกรรมกิจกรรมการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) ด้วยการ ดูพฤติกรรมการคุมอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ความรู้และพฤติกรรม นำเสนอ ด้วย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นำเสนอด้วยข้อมูล Paired t-test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย SKNH REC No 046/2567 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย อายุระหว่าง 35 – 60 ปี เฉลี่ย 49.09 ปี เพศชาย ร้อยละ 53.1 เพศหญิง ร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 62.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 31.1 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนิ่ว ร้อยละ 43.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.3 มีน้ำหนักระหว่าง 37 – 94 กิโลกรัม เฉลี่ย 64.22 ส่วนสูง ระหว่าง 140 – 171 เซนติเมตร เฉลี่ย 158.78 ออกกำลังกายโดยการทำงาน เช่นทำเกษตรกรรม ร้อยละ 43.8 เฉลี่ยดื่มน้ำวันละ 2.16 ลิตร

ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับนิ่วในไต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนในระดับสูง (Mean = 9.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนมากขึ้นในระดับสูงเช่นกัน (Mean = 10.32)

ภาพรวมสมรรถนะแห่งต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนในระดับต่ำ (Mean = 2.30) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนในระดับปานกลาง (Mean = 2.85)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต และสมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไต โรงพยาบาลสกลนคร

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต	0.76	0.14	0.86	0.05	0.10	3.79	0.001	0.04	0.16
สมรรถนะแห่งตน	2.30	0.43	2.85	0.18	0.55	7.04	0.000	0.39	0.71

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต และสมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.76 (S.D. = 0.14) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.86 (S.D. = 0.05) มีค่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 3.79, P = 0.001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไตหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 3.79, 95% CI 0.04 to 0.16, P = 0.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะแห่งตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.43) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.85 (S.D. = 0.18) มีค่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 7.04, P < 0.001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะแห่งตนหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 7.04, 95% CI 0.39 to 0.71, P < 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย อายุระหว่าง 35 – 60 ปี เฉลี่ย 49.09 ปี เพศชาย ร้อยละ 53.1 เพศหญิง ร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 62.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 31.1 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนิ่ว ร้อยละ 43.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.3 มีน้ำหนักระหว่าง 37 – 94 กิโลกรัม เฉลี่ย 64.22 ส่วนสูง ระหว่าง 140 – 171 เซนติเมตร เฉลี่ย 158.78 ออกกำลังกายโดยการทำงาน เช่นทำเกษตรกรรม ร้อยละ 43.8 เฉลี่ยดื่มน้ำวันละ 2.16 ลิตร ดังงานวิจัยของ กนกพร ตรงเมธี[3] ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ประสิทธิผลของโปรแกรม

ความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต และสมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.76 (S.D. = 0.14) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.86 (S.D. = 0.05) มีค่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 3.79, P = 0.001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคนิ่วในไตหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 3.79, 95% CI 0.04 to 0.16, P = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์วิชญ์ คำรังสี และสมชาย จาดศรี[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อน 3.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะแห่งตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.43) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.85 (S.D. = 0.18) มีค่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 7.04, P < 0.001 สอดคล้องกับณัฏฐา ดวงตา[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจดีกว่ากลุ่มควบคุม (F = 93.23, p < 0.001) สอดคล้องกับจารุวรรณ ปิยหิรัญ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนับสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะแห่งตนหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยนิ่วในไตโรงพยาบาลสกลนคร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 7.04, 95% CI 0.39 to 0.71, P < 0.001) สามารถอภิปรายได้ว่าผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา10 (Bandura, 1997) มาพัฒนาโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนมีการเตรียมความพร้อม มีการสะท้อนกลับข้อมูลของผู้ป่วย มีการกระตุ้นเกิดการตัดสินใจ จนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมาขึ้น ซึ่งแบนดูราได้อธิบายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองก่อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ต้นแบบ งานวิจัยนี้ใช้ตัวแบบสัญลักษณ์คือคู่มือแจกการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยนิ่วในไตทำให้คะแนนสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวคิดสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรเป็นคนที่สนับสนุนสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคนิ่วในไตที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

2. ในเชิงนโยบาย ควรมีการสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนิ่วในไต ซ้ำหลายครั้ง

3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ หาความคิดเห็นและประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยนิ่วในไตที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1.Shoag J, Tasian GE, Goldfarb DS, Eisner BH.(2015). The new epidemiology of nephrolithiasis.Advances in Chronic Kidney Disease. 22(4):273-278.

2. Pfau A,Knauf F.(2016). Update on nephrolithiasis: Core curriculum 2016. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016.Retrieved from http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.05.016

3. กนกพร ตรงเมธี.(2561). ผลของโปรแกรมการส ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ [ปริญญาวิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะกรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

4.ดรุณี บุ้งทอง, ทัศนีย์ กลิ่นหอม, นิตยา เทศค้าจร, วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา, และปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์.(2565). การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคนิ่วไตเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วซ้ำ. วารสารยูโร.34(2): 41-50.

5.ลักขณา พรหมกสิกร.(2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดนิ่วไตในผู้ป่วยโรค นิ่วไต [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

6.ชาญชัย บุญหล้า, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, และเกรียง ตั้งสง่า. โรคนิ่วไต: จากกลไกการเกิดนิ่ว ระดับโมเลกุลสู่การปูองกัน;2550. From http://www.bmbmd.research.chula.ac.th/pdf/Kidney%20Stone-%20From%20Molecular%20Lithogenesis%20to%20Stone%20Prevention.pdf

7.สถิติของ โรงพยาบาลสกลนคร ปี พ.ศ.2562–2566; Database Online ค้นวันที่ 21 มีนาคม 2568

8.Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. (2007). G*power 3: a flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 39(2):175-191.

9. Cohen J.(1988). Statistic power analysis for the behavioral science. (2 nd).NJ; Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

10.Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.

11.ณัฏฐา ดวงตา.(2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

12.ณรงค์วิชญ์ คำรังสี, และสมชาย จาดศรี.(2565). ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(2): 97-110.

13.จารุวรรณ ปิยหิรัญ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

The effect of using an exacerbation management program in COPD patients with Gold D stage at Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province.

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล[1] **ประทีป อัจฉรานิวัฒน์**[1]
Ingorn Limwattanathawornkul[1] **Prateep Atcharaniwat**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD โดยให้รหัส ICD-10 J440-J449 เป็นโรคหลัก ในเวชระเบียนที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลบางปะกง และอยู่ในระยะ Goad D ที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (empowerment) และแนวคิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรุนแรงและการควบคุมโรค ตามแบบประเมิน Appendix 1 มีทั้งหมด 7 ข้อ และ Appendix 2 มีทั้งหมด 8 ข้อ แบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวล มีทั้งหมด 7 ข้อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะGold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เกิด Acute Exacerbation ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 2) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 3) ตัวชี้วัดผู้ป่วย COPD ปี 2565 ผ่านเกณฑ์ทุกตัว พบว่า 1) อัตรา COPD Revisit ใน 48 ชม. ลดลง ปี 2564 จาก ร้อยละ 3.50 ปี2565 เหลือ ร้อยละ 0.75 2) อัตรา COPD Readmit ใน 28 วัน ลดลง ปี 264 จากร้อยละ 17.16 ปี 2566 เหลือ ร้อยละ 4.77

คำสำคัญ: การกำจัดอาการหอบกำเริบ ผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D

Abstract

This study studied the effects of using a program for managing exacerbations in COPD patients in Gold D stage at Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province. This was a quasi-experimental research. The objective of the study was to study the effects of using a program for managing exacerbations in COPD patients in Gold D stage at Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province. The sample consisted of patients diagnosed with COPD by a physician, with ICD-10 code J440-J449 as the primary disease in the medical records registered at Bangpakong Hospital, and who were in Gold D stage and receiving treatment. The researcher selected purposive sampling who received services at the special clinic, Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province, totaling 20 patients. The experimental instrument was qualified according to the inclusion criteria according to the specified qualifications. The experimental instrument was a program for

[1] แผนกคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

managing exacerbations in COPD patients in Gold D stage, which was created by the researcher based on Gibson's empowerment concept and the concept of self-awareness. (self-awareness) and the tools used in collecting data were the disease severity and control assessment form according to Appendix 1, which has 7 items in total, and Appendix 2, which has 8 items in total, and the anxiety assessment and analysis questionnaire, which has 7 items in total. Data were analyzed using content analysis, statistics, percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

The research results found that 1) After receiving the program for managing asthma exacerbations in COPD patients, Gold D stage, Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province, the incidence of acute exacerbations was significantly reduced compared to before receiving the program at a statistical level of <0.05. 2) After receiving the program for managing asthma exacerbations in COPD patients, Gold D stage, Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province, anxiety about symptoms and severity of the disease was significantly reduced compared to before receiving the program at a statistical level of <0.05. 3) The indicators of COPD patients in 2022 passed all criteria, which were as follows: 1) The COPD Revisit rate within 48 hours decreased in 2021 from 3.50 percent in 2022 to 0.75 percent. 2) The COPD Readmit rate within 28 days decreased in 2021 from 17.16 percent in 2023 to 4.77 percent.

Keywords: Elimination of asthma exacerbations, COPD patients, Gold D stage

บทนำ

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นกลุ่มของโรคที่เกิดอาการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจจากการของหลอดลมหรือเนื้อปอดจนเกิดอาการหลอดลมตีบแคบหรือตันลง ทำให้ความสามารถในการหายใจออกลดลงและการหายใจล้มเหลวในที่สุด จากสถิติโลกพบว่าโรค COPD อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากอันดับ6 ปัจจุบันเป็นอันดับ 3 ของโลก[1] สอดคล้องกับข้อมูลสาธารณสุขโรค COPD พบว่าโรค COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยในระดับต้น ๆ ของประเทศเช่นกัน[2]

จากสถิติผู้รับบริการ ด้วยโรค COPD ที่รับบริการ โรงพยาบาลบางปะกง ฉะเชิงเทรา ในงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วย COPD ที่รักษาในคลินิก COPD จำนวน 134 คน แบ่งผู้ป่วยออกตามความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ A จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 65.67 ผู้ป่วยระดับ B จำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 11.94 ผู้ป่วยระดับ C จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.24 ผู้ป่วยระดับ D จำนวน 27 คนคิดเป็นร้อยละ 20.15 ในปี 2562-2564 พบผู้ป่วยมี Re- visit ภายใน 48 ชั่วโมงด้วย Acute Exacerbation ดังนี้ 5.94, 6.89, 4.04 และ Re-admission ภายใน 28 วัน ดังนี้ 19.57, 17.25, 17.15 และ มีเกิด Respiratory failure ดังนี้ 1, 2, 6 ตามลำดับ จากการทบทวน Case ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 75 และผู้ป่วยระยะ Goad D ร้อยละ 54.54 ทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า 1) ขาดระบบติดตามอาการที่บ้าน ในรายที่ Admit มีเพียงติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดในคลินิก และ 2) การให้ความรู้และสาเหตุอาการกำเริบไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยปริมาณมาก จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D ให้ได้รับบริการมากกว่า 2 ครั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (empowerment)[3] มาประยุกต์ร่วมกับความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติตนตาม Life style ของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและลดความรุนแรงของโรคโดยผ่านทางโทรศัพท์ และ Application line ในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าจะทำให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการกำเริบและลดความ

วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และน่าจะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคลง และการเกิด Acute Exacerbation ลดลงได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD โดยให้รหัส ICD-10 J440-J449 เป็นโรคหลัก ในเวชระเบียน ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลบางปะกง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 - เดือนกันยายน 2565 จำนวน 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD โดยให้รหัส ICD-10 J440-J449 เป็น
โรคหลัก ในเวชระเบียน ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลบางปะกง และอยู่ในระยะ Goad D ที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD โดยให้รหัส ICD-10 J440-J449 เป็นโรคหลักในเวชระเบียน ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลบางปะกง และอยู่ในระยะ Goad D 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและการสื่อความหมายได้ 3) สามารถใช้โทรศัพท์หรือใช้ Application line ได้ 4) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างในการคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้และมีความพิการ ได้แก่ พิการทางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก ผู้ป่วยติดเตียง 2) ผู้ป่วยหลังเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้วผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold Dโรงพยาบาลบางปะกง จังหวัด
ฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (empowerment) และแนวคิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1แบบประเมินความรุนแรงและการควบคุมโรค ตามแบบประเมิน Appendix 1 มีทั้งหมด 7
ข้อ และ Appendix 2 มีทั้งหมด 8 ข้อ

2.2แบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวล (Anxiety disorder) ของโรงพยาบาล

มนารมย์ ดัดแปลงมาจาก Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. มีทั้งหมด 7 ข้อ

กิจกรรมการพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Empowerment)[3] และความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคล องค์กร และชุมชนมีการเสริมสร้างความสามารถของตนเองโดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและเกิดพลังรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ โดยการเสริมพลังอำนาจแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) และ4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)[4] ทางผู้วิจัยสนใจประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาใช้กับผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D เพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทางผู้วิจัยสนใจประยุกต์การเสริมพลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D เพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยจริยา นพเคราะห์ (2563) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54$, $p < .01$) ส่วนตัวแปรตาม คือ การเกิด Acute Exacerbation และระดับความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นผลจาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติตนตาม Life style ของผู้ป่วย ผ่านทาโทรศัพท์

และ Application line ในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วย

ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ โดยแบ่งขั้นตอนงานวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษางานวิจัย เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักการทฤษฎี แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (empowerment) และความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) เพื่อนำมาสร้างผลของการใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ และความตระหนักรู้ในตนเอง ต่อการกำจัดอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ขั้นตอนที่ 2 คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คน (เก็บจริงได้เพียง 12 คน เนื่องจากผู้ป่วยหูหนวก 1 คน ไม่มีโทรศัพท์ 3 คน และผู้ป่วยติดเตียง 4 คน) หลังได้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรงของโรค ตามแบบประเมิน Appendix 1 และ Appendix 2 พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคควบคู่กันไปด้วย โดยใช้แบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวล (Anxiety disorder) ของโรงพยาบาล มนา

รมย์ ดัดแปลงมาจาก Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B.

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำทะเบียน Register เพื่อติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านทางโทรศัพท์และ Application line พร้อมทั้งแจกอุปกรณ์ติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน ให้กลับไปใช้ในการประเมินอาการพร่อง O2 ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 โปรแกรมการติดตามอาการหอบกำเริบที่บ้าน โดยปฏิบัติตามกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

1. ติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้านหลังผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผ่านทางโทรศัพท์และ Application line โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และความตระหนักรู้ในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุการเกิดอาการหอบกำเริบและสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเสริมความรู้เรื่อง การใช้ยาพ่นที่ถูกวิธี การจัดการกับอาการหอบกำเริบ การฝึกหายใจ Breathing Exercise โดยให้ผู้ป่วยเป่า “ขวดใสใส ใส่ใจสุขภาพปอด” และการประเมินอาการหอบเหนื่อย โดยใช้ O2 SAT มาเป็นตัวช่วยในการประเมินอาการพร่อง O2 เบื้องต้น พร้อมให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอาการหอบกำเริบตาม Life style ของผู้ป่วยเอง

2. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วย ให้สามารถโทรปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพได้ในช่วงเวลา 8.00 น – 18.00น. ทุกวัน

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 มีการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน โดยผ่านทางโทรศัพท์และ Application line และประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน Appendix 1 และ Appendix 2 และจับ O2 SAT ร่วมด้วย พร้อมทั้งค้นหาปัญหาอื่น ๆ เพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 มีการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน โดยผ่านทางโทรศัพท์และและ Application Line และประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน Appendix 1 และ Appendix 2 และจับ O2 SAT ร่วมด้วย พร้อมทั้งค้นหาปัญหาอื่น ๆ เพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 มีการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน โดยผ่านทางโทรศัพท์และและ Application Line และประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน Appendix 1 และ Appendix 2 และจับ O2 SAT ร่วมด้วย พร้อมทั้งค้นหาปัญหาอื่น ๆ เพิ่มเติมและแจ้งวันที่มาตรวจตามนัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ประเมินอาการจับหอบและอาการวิตกกังวลหลังการใช้ โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบ โดยใช้แบบประเมิน Appendix 1 และ Appendix 2 และ ใช้แบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวล (Anxiety disorder)

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเกิด Acute Exacerbation ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้สถิติ Pair T-test ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการโปรแกรม ติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้สถิติ Pair T-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครวิจัยและให้เซ็นใบยินยอม ผู้วิจัยสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการเกิด Acute Exacerbation ก่อนและหลังใช้โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบการเกิด Acute Exacerbation ก่อนและหลังใช้โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)		
คะแนน Acute Exacerbation	4.42	3.75	2.92	2.31	2.41	.00*

* $p < 0.05$ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะGold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เกิด Acute Exacerbation ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังได้รับการใช้โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

โปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)		
คะแนนความวิตกกังวล	2.83	0.39	1.58	0.51	6.97	.00*

* $p < 0.05$ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1) การศึกษาผลเปรียบเทียบการเกิด Acute Exacerbation ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะGold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เกิด Acute Exacerbation ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า

จากแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (empowerment)[3] และความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ส่งผลต่อการกำจัดอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เห็นได้

จากผู้ป่วยเกิด Acute Exacerbation ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ เพื่อบุคคลมีพลังอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย[3] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการปฏิบัติงานเพื่อการบรรลุสุขภาวะของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นกระบวนการที่มีการใช้กันมากขึ้นและได้รับการยอมรับในความคุ้มทุนและคุ้มค่าในการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความสามารถ ให้แก่บุคคล พลังอำนาจไม่ได้เป็นความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้กับบุคคล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D ได้เป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีอิสระและมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการทบทวน วรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ได้ผลเป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยกิ่งกมล พุทธบุญ[5] เรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ผลวิจัยพบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการอาหารลดอาหารเค็มโดยเฉพาะเกลือโซเดียม เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 3-5 วันต่อสัปดาห์ และ เคร่งครัดการรับประทานยามากขึ้น ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแนวคิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) เป็นการรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อย ของตนเอง สามารถควบคุมและ จัดการกับตนเองได้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ค่านิยม รูปแบบทางความคิด การปรับตัวและความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองมีความสำคัญ เพราะส่งผลต่อการปรับปรุงตนเอง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกและการประสบความสำเร็จในชีวิต[6]

2) การศึกษาผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังได้รับการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

จากผลความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ลดลงหลังจากใช้โปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรั่นพรึง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลถือได้ว่าเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอด ชีวิต เนื่องจากมนุษย์เราต้องพบกับเหตุการณ์มากมายในชีวิต ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตึงเครียด ความวิตกกังวลจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามา

ในชั่วครั้งคราวเป็นระยะสั้นนี้ หากบุคคลนั้นสามารถใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาตามสภาวะตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวสร้างความพร้อมในการ เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ หากความวิตกกังวลน้อยเกินหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความยุ่งเหยิงภายในจิตใจ อาจส่งผลทางด้านจิตประสาท ความแปรปรวนทางอารมณ์ ทั้งยังอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อและความอิดโรยของร่างกายได้อีกด้วย[7]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหอบกำเริบในผู้ป่วย COPD ระยะGold D โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เกิด Acute Exacerbation และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้จัดทำในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจตามนัดทุกรายทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในผู้ป่วย COPD ระยะ Gold D ได้ครบทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเตียงและผู้ป่วยที่เล่นโทรศัพท์ไม่ได้ ดังนั้น ควรมีการดำเนินการวิจัยต่อในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลและเข้าสู่โปรแกรมได้ โดยมีการติดตามผ่านเครือข่ายสุขภาพ และมีการติดตามผ่านระบบ Tele-Nursing ต่อไป

2. ควรนำแนวทางของโปรแกรมที่ได้นี้ไปใช้ในการวางแผนการในการจัดการกับผู้ป่วยหอบกำเริบในโรค Asthma และการจัดการอาการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อใช้ในการจัดอาการผิดปกติและลดอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคลงได้

เอกสารอ้างอิง

1.Gold as a Reserve Asset/ Why Central Banks Hold Gold 2007.[Online] Available: www.gold.org / value / reserve asset / gold as a reserve asset / why central banks hold gold Official gold reserves. 2550.

2. นันทา มาระเนตร์. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 / คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขถาพแห่งชาติ (สปสช.).

3. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1201-1210.

4. นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2540). คู่มือการจัดกิจกรรมฝึกอบรมการสร้างพลัง (Empowerment). เอกสารประกอบการอบรมวิทยากรแกนนาเอดส์อุบัติเหตุสารเสพติด วันที่7-10 ตุลาคม 2540. พิจิตร: ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.

5. กิ่งกมล พุทธบุญ. (2563). การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 38(1), (127-136).

6. Whetten, D. A., & Cameron, K. S. (1991), Developing management skills (2nd ed.). New York: Haper Collins.

7. ตฏิลา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. หลักสูตรพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพุทธจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. วารสารพุทธจิตวิทยา 3(1), 13-20.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง

Model development of Malaria control and elimination by community participation in the Thai - Myanmar border area, Ranong Province

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สุธน คุ้มเพชร[1]
Suthon Khumphet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการใน 12 ตำบล ของ 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองระนอง อำเภอกระบุรี และอำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 360 คน ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน

การศึกษาพบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมามีความซับซ้อน โดยมีอัตราป่วย 183.45 ต่อแสนประชากรในอำเภอกระบุรี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ปัญหาหลักประกอบด้วยการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม ระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้า การขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญ และอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยห้าองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ระบบการวินิจฉัยและการรักษาในชุมชน ระบบการป้องกันและควบคุมแบบบูรณาการ ระบบการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร และระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการจัดตั้งโรคไข้มาลาเรียโพสต์ 12 แห่ง และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย 62 คน

ผลการประเมินประสิทธิผลแสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกระดับตัวชี้วัด อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงจาก 183.45 เป็น 98.76 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.18 ระยะเวลาการรายงานผู้ป่วยลดลงจาก 2.85 เป็น 1.12 วัน การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 มีการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดด โดยการรายงานผู้ป่วยภายในหนึ่งวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 7.19 เป็น 10.42 คะแนน ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาในระดับมาก (Mean = 4.16) การประเมินความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการหกเดือนแสดงผลในระดับสูง (คะแนน 34.01 จาก 40) โดยมีจุดแข็งด้านการยอมรับของชุมชน ความเข้มแข็งของระบบอาสาสมัครและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ โรคไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ยุทธศาสตร์ 1-3-7 ความยั่งยืน

ABSTRACT

This study aimed to develop a service model for malaria management in the Thailand-Myanmar border area of Ranong Province through community participation. Using participatory action research methodology, the study was conducted in 12 sub-districts across three districts: Mueang Ranong, Kapoe, and Kraburi in Ranong Province, with 360 participants over an 6-month period.

The study revealed complex malaria transmission patterns in the Thailand-Myanmar border area, with an incidence rate of 183.45 per 100,000 population in Kraburi District, significantly higher than the national average. Key challenges identified included unequal access to services, delayed surveillance systems, shortage of specialized personnel, and language and cultural barriers.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

The developed service model comprised five core components: participatory surveillance and case detection system, community-based diagnosis and treatment system, integrated prevention and control system, data management and communication system, and participatory management system. Twelve malaria posts were established, and 62 malaria volunteers were trained and developed.

Effectiveness evaluation demonstrated significant improvements across all indicator levels. Malaria incidence decreased from 183.45 to 98.76 per 100,000 population, representing a 46.18% reduction. Patient reporting time decreased from 2.85 to 1.12 days, Implementation of the 1-3-7 strategy showed remarkable improvement, with patient reporting within one day increasing from 67.40% to 94.80%.

Community participation increased significantly, with overall scores rising from 7.19 to 10.42 points. Participants expressed high satisfaction with the development process (Mean = 4.16). Sustainability assessment six months post-project completion showed high-level results (34.01 out of 40 points), with strengths in community acceptance, volunteer system robustness, and local government support.

Keywords: Service model development, Malaria, Community participation, Thailand-Myanmar border, Participatory action research, 1-3-7 strategy, Sustainability

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งเขตร้อนที่มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรค องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยมาลาเรียทั่วโลกประมาณ 249 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 608,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในทวีปแอฟริกา[1]

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โรคไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูงและระบบสาธารณสุขมีข้อจำกัด ประเทศไทยแม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมากในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย แต่ยังมีพื้นที่บางส่วนที่ยังพบการแพร่ระบาดต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา[2]

จังหวัดระนองเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนที่ยังพบการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภูมิประเทศเป็นป่าเขาและมีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่จำนวนมาก ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.5 ระนอง แสดงให้เห็นว่าในปี 2566 อำเภอกระบุรีมีอัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียสูงถึง 183.45 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศที่กำหนดไว้อย่างมาก[3]

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ชายแดนมีความซับซ้อนเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดน ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำกัด และความแตกต่างของระบบสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพจำกัด[4]

ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยสามารถบรรลุการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายในปี 2569 โดยใช้ยุทธศาสตร์ 1-3-7 ซึ่งประกอบด้วยการรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน การสอบสวนโรคและการยืนยันการติดเชื้อภายใน 3 วัน และการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดภายใน 7 วัน อย่างไรก็ตาม การนำยุทธศาสตร์นี้ไปปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนที่มีความซับซ้อนต้องการการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่[5]

การวิจัยครั้งนี้จึงมีความมุ่งหมายในการพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานและสามารถบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งเป็นการผสมผสานการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมในการวิจัยของทุกภาคส่วนทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ และร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้[6]

การวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) โดยดำเนินการเป็นวัฏจักรต่อเนื่อง[7]

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาได้แก่พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูง (A1 หรือ A2) บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง ครอบคลุม 12 ตำบลใน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองระนอง อำเภอกระบุรี และอำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 360 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามบทบาทและความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย และประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และแบบประเมินความรู้และทักษะ เครื่องมือทุกชนิดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย (Inductive Content Analysis) ตามแนวทางของ Strauss และ Corbin[8]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ของจังหวัดระนอง โดยยึดหลักการยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) การรักษาความลับ (Confidentiality) และการไม่เป็นอันตราย (Non-maleficence)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 360 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ร้อยละ 25.6 คณะกรรมการสุขภาพตำบลและแกนนำชุมชน ร้อยละ 35.8 อาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 17.2 และประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ร้อยละ 21.4 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.3) มีอายุระหว่าง 35-54 ปี (ร้อยละ 46.7) และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 41.1)

สถานการณ์และบริบทการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

การวิเคราะห์อัตราป่วยตามกลุ่มประชากรแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการติดเชื้อระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ

ตารางที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียตามกลุ่มประชากรในปี 2567

กลุ่มประชากร	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
คนไทย	145,672	142	97.48
ประชากรข้ามชาติที่มีเอกสาร	23,456	189	805.69
ประชากรข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร	8,234*	380	4,615.38
รวม	**177,362**	**711**	**400.77**

ที่มา; รายงานประจำปี 2567

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราป่วยระหว่างกลุ่มประชากร โดยประชากรข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารมีอัตราป่วยสูงที่สุดถึง 4,615.38 ต่อแสนประชากร สูงกว่าคนไทยถึง 47.33 เท่า ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่สูงและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดของกลุ่มนี้

การกระจายตามฤดูกาลและพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรคหลักในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรไทยและประชากรข้ามชาติ ระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้าเนื่องจากการสื่อสารและการขนส่งที่ยากลำบาก การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรมในการสื่อสารกับประชากรข้ามชาติ

ปัจจัยที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดรวมถึงสภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ การเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดนอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรที่ยังไม่เหมาะสม เช่น การไม่นอนมุ้ง การแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค

รูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ การวิจัยได้พัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง

องค์ประกอบที่ 1: ระบบการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการจัดตั้งโรคไข้มาลาเรียโพสต์ในระดับชุมชน 12 แห่ง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย 62 คน และระบบการรายงานแบบทันที่ผ่านช่องทางต่างๆ

องค์ประกอบที่ 2: ระบบการวินิจฉัยและการรักษาในชุมชน รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์การตรวจวินิจฉัยและยารักษาโรคไว้ในชุมชน การฝึกอบรมอาสาสมัครให้สามารถใช้ชุดตรวจเร็ว (RDT) และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3: ระบบการป้องกันและควบคุมแบบบูรณาการ ประกอบด้วยการจัดจำหน่ายมุ้งชุบยาฆ่าแมลง การพ่นยาฆ่าแมลงในบ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

องค์ประกอบที่ 4: ระบบการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังแบบออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือในการรายงาน และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมและภาษา

องค์ประกอบที่ 5: ระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยคณะกรรมการควบคุมโรคไข้มาลาเรียระดับตำบล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และกลไกการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียหลังจากการดำเนินงาน 6 เดือน แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัดหลักทุกด้าน ($p < 0.001$)

ตัวชี้วัดด้านการเกิดโรค

1. อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงจาก 183.45 เป็น 98.76 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.18
2. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงจาก 127 ราย เป็น 68 ราย คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.46
3. การแพร่ระบาดภายในครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 7.4

ตัวชี้วัดด้านการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7

1. การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80
2. การสอบสวนโรคภายใน 3 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.80 เป็นร้อยละ 97.10
3. การดำเนินการป้องกันภายใน 7 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.70 เป็นร้อยละ 95.60

ตารางที่ 2 ผลการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน	100	67.40	94.80	+27.40
การสอบสวนผู้ป่วยภายใน 3 วัน	100	74.20	96.30	+22.10
การตอบสนองต่อจุดแพร่เชื้อภายใน 7 วัน	100	68.90	91.70	+22.80

ตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดดในทุกมิติ การรายงานผู้ป่วยภายในหนึ่งวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80 การสอบสวนผู้ป่วยภายในสามวันปรับปรุงจากร้อยละ 74.20 เป็นร้อยละ 96.30 และการตอบสนองต่อจุดแพร่เชื้อภายในเจ็ดวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.90 เป็นร้อยละ 91.70 ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 7.19 เป็น 10.42 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 12)
2. จำนวนอาสาสมัครที่มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 83.9
3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการพัฒนาต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา (n=360)

ประเด็นการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน	4.23	0.67	มากที่สุด
การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/การฝึกอบรม	4.18	0.72	มาก
การสนับสนุนจากทีมงานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ	4.35	0.58	มากที่สุด
ความชัดเจนของบทบาทและหน้าที่	4.09	0.74	มาก
การได้รับข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำ	4.26	0.63	มากที่สุด
ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ	4.14	0.69	มาก
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	3.97	0.81	มาก
ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	4.02	0.76	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.16**	**0.70**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้เข้าร่วมการพัฒนามีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.16 (SD = 0.70) ประเด็นที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือการสนับสนุนจากทีมงานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (Mean = 4.35) รองลงมาคือการได้รับข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำ (Mean = 4.26) และการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (Mean = 4.23) ตามลำดับ

ตัวชี้วัดด้านความยั่งยืน

การประเมินความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการ แสดงผลในระดับสูง (คะแนน 34.01 จาก 40 คะแนนเต็ม) โดยมีจุดแข็งในด้านการยอมรับของชุมชน ความเข้มแข็งของระบบอาสาสมัครและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความยั่งยืนของโครงการ (n=12 ตำบล)

ด้านความยั่งยืน	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับความยั่งยืน
ความยั่งยืนด้านการเงินและทรัพยากร	7.25	1.42	ปานกลาง
ความยั่งยืนด้านองค์กรและการจัดการ	8.67	1.15	สูง
ความยั่งยืนด้านเทคนิคและศักยภาพ	8.92	1.08	สูง
ความยั่งยืนด้านสังคมและการยอมรับ	9.17	0.94	สูง
คะแนนรวมทุกด้าน	**34.01**	**4.59**	**สูง**

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิผล การลดลงของอัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียร้อยละ 46.18 ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป็นผลสำเร็จที่น่าชื่นชมและสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย[9]

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จมีหลายประการ

1. การใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ[10] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ห่างไกล

2. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 83.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bisanzio และคณะ[11] ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับชุมชน

3. การบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน แทนที่จะดำเนินการแยกส่วน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวัง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน ไปจนถึงการบริหารจัดการ การบูรณาการนี้ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน[12]

การปรับปรุงการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 ที่เห็นได้ชัดเจนในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80 เป็นความก้าวหน้าที่สำคัญ เนื่องจากการรายงานที่รวดเร็วเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดต่อ[13]

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรกคือระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น แม้ว่าจะพบผลการปรับปรุงที่ชัดเจน แต่การประเมินความยั่งยืนระยะยาวต้องการการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่านี้ ประการที่สองคือการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต้องมีการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษาความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือนที่แสดงผลในระดับสูงเป็นสัญญาณที่ดีสำหรับความต่อเนื่องของการดำเนินงาน โดยเฉพาะการที่ชุมชนยังคงมีความกระตือรือร้นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนระยะยาวต้องการกลไกการสนับสนุนทางการเงินและการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. ผู้ปฏิบัติควรสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากชุมชนในระยะเริ่มต้นโดยการใช้เวลาสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจกับผู้นำชุมชนและประชาชนก่อนดำเนินกิจกรรมหลัก

2. ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียด้วยการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงมากกว่าการบรรยาย พร้อมทั้งควรจัดระบบการนิเทศงานและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. ควรปรับแต่งรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นโดยศึกษาลักษณะทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่อย่างละเอียด

4. ควรใช้ภาษาท้องถิ่นและจัดหาล่ามที่เหมาะสมสำหรับประชากรข้ามชาติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารและลดอุปสรรคด้านภาษา

5. ควรสร้างระบบการสื่อสารและประสานงานที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบการสื่อสารแบบดั้งเดิมให้ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดต่อแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางหลัก พร้อมทั้งควรจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการขยายผล

2. ควรบรรจุแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเข้าในหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะที่จำเป็น

3. ควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียและการดำเนินงานโรคไข้มาลาเรียโพสต์ในพื้นที่เสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสร้างกลไกการเงินที่ยั่งยืนผ่านการผสมผสานระหว่างงบประมาณของรัฐ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการระดมทรัพยากรจากชุมชน

5. ระดับจังหวัดและอำเภอควรจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการควบคุมโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ

6. ควรสร้างระบบการยกย่องและสร้างแรงจูงใจให้แก่ชุมชนและอาสาสมัครที่มีผลงานดีเด่นอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง

7. ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐานและระบบการรับรองความสามารถของอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียเพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลกระทบระยะยาว 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาอย่างเป็นระบบ

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่ชายแดนอื่นที่มีบริบทสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะชายแดนไทย-กัมพูชา ไทย-ลาว และไทย-มาเลเซีย

3. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากรเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสม

4. ควรพัฒนาและทดสอบเครื่องมือการประเมินความยั่งยืนที่มีความละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งตัวชี้วัดที่สามารถวัดคุณภาพของการมีส่วนร่วม

5. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการทำงานของชุมชนในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและความหลากหลายทางวัฒนธรรม

6. ควรพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนในรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมเปรียบเทียบกับแนวทางดั้งเดิม

7. ควรดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดทฤษฎีใหม่ที่บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการจัดการระบบนิเวศสุขภาพอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World malaria report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. รายงานประจำปี 2566. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2567.
4. Charoensak P, Sirichai M, Rattanasing N. Vector ecology and malaria transmission dynamics in Thailand-Myanmar border areas. Parasites Vectors. 2023;16:89.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด; 2564.
6. กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 2540.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
9. Department of Disease Control. Annual Report on Malaria Surveillance in Thailand 2024. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024.
10. Anderson M, Thompson K, Silva P. Socioeconomic determinants of malaria treatment-seeking behavior in border populations. Global Health Research. 2023;15(3):245-262.
11. Bisanzio D, Kitchakarn S, Sudathip P. Malaria elimination strategies in Southeast Asia: Progress and challenges. Lancet Global Health. 2023;11(4):e456-e467.
12. Brown D, Liu Y, Kumar V. Integration of traditional and modern medicine in malaria treatment: A community perspective. J Ethnopharmacol. 2023;298:115-127.
13. Garcia J, Rahman A, Patel R. Cost-effectiveness of community-based interventions for malaria control: A systematic review. Health Econ Rev. 2023;13:45.
14. บุญเทียน อาสารินทร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

วารสารวิจัยและนวัตกรรม สาขาวิชาการแพทย์และสาธารณสุข
ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2568

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง

Development of an operational model for tuberculosis prevention and control among migrant workers in Ranong Province.

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สุธน คุ้มเพชร[1]

Suthon Khumphet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง และ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผสมผสาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 100 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

ผลการวิจัยพบว่า สภาพการณ์การควบคุมวัณโรคในจังหวัดระนองพบปัญหาสำคัญ 3 ประการ คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการรักษาสูง (ร้อยละ 12.12) ผู้ป่วยขาดยาในระหว่างการรักษา โดยผู้ป่วยชาวพม่ามีอัตราการขาดยาสูงถึงร้อยละ 13.98 และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมได้รูปแบบ BRIDGE ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ การสร้างความไว้วางใจและความผูกพันในชุมชน การเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง การจัดบริการแบบบูรณาการ การตัดสินใจบนฐานข้อมูล การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเสริมสร้างพลังอำนาจและความยั่งยืน ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.30 จาก 5.00)

คำสำคัญ: วัณโรค, แรงงานต่างด้าว, รูปแบบ BRIDGE

Abstract

This study aimed to 1) examine the current situation of tuberculosis control among migrant workers in Ranong Province, 2) develop a tuberculosis control model for migrant workers in Ranong Province, and 3) evaluate the effectiveness of the tuberculosis control model for migrant workers in Ranong Province. A mixed-methods participatory action research approach was employed, conducted from October 2024 to March 2025. The sample consisted of 100 stakeholders from various organizations, selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, participant observation, and document analysis. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and inductive content analysis.

The findings revealed three major problems in tuberculosis control in Ranong Province: high mortality rates during treatment (12.12%), treatment default among patients, with Myanmar migrant workers having a default rate as high as 13.98%, and ineffective patient referral systems. The development process through participatory approach resulted in the BRIDGE model, comprising six main components: Building trust and community bonds, reaching vulnerable populations, Integrated service delivery, Data-driven decision making, Greater community engagement, and Empowerment and sustainability. The effectiveness evaluation showed significant improvements: Stakeholders expressed high satisfaction with the development model (mean score 4.30 out of 5.00).

Keywords: tuberculosis, migrant workers, BRIDGE model

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบางที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2022 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10.6 ล้านคนทั่วโลก โดยแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายของวัณโรค[1]

ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนรวมกันประมาณ 3.9 ล้านคน โดยส่วนใหญ่มาจากประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา[2]จังหวัดระนองเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก โดยเฉพาะแรงงานชาวเมียนมาร์ที่ข้ามมาทำงานในอุตสาหกรรมประมง การแปรรูปอาหารทะเล และการท่องเที่ยว

สถานการณ์การควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างด้าวเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ได้แก่ อุปสรรคด้านภาษา ความแตกต่างทางวัฒนธรรม สถานะทางกฎหมายที่ไม่ชัดเจน การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด[3] ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การรักษาวัณโรคในกลุ่มนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำและมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยา

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

การศึกษาของ Lönnroth และคณะพบว่าผู้อพยพมีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูงกว่าประชากรพื้นเมือง และจำเป็นต้องมีกลยุทธ์เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้อพยพ[4] ในขณะที่การศึกษาของ Greenaway และคณะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองและการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ[5]

จากปัญหาและความจำเป็นดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระนอง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง 2.) เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของจังหวัดระนอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผสมผสาน (Mixed Methods Participatory Action Research) ตามแนวทางของ Kemmis และ McTaggart[6] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบวงจรที่ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิด

การวิจัยแบบผสมผสานนี้รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจปัญหาได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้กระบวนการศึกษาแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมพัฒนาวิธีการแก้ไข

ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน ในพื้นที่จังหวัดระนอง ครอบคลุม 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองระนอง อำเภอกะเปอร์ อำเภอกระบุรี อำเภอละอุ่น และอำเภอสุขสำราญ การเลือกพื้นที่ดังกล่าวเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากและพบปัญหาการควบคุมวัณโรคอย่างชัดเจน ตามรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง[7]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงงานต่างด้าว ผู้ประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ซึ่งทุกกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ของ Krejcie และ Morgan[8] สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการพัฒนาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ประกอบการ ประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุมประสบการณ์ในการทำงานกับแรงงานต่างด้าว ปัญหาและอุปสรรคที่พบ แนวทางการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับแรงงานต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ออกแบบให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม โดยมีการแปลเป็นภาษาเมียนมาร์สำหรับแรงงานต่างด้าว และมีล่ามช่วยในการสื่อสาร

แบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมต่างๆ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ครอบคลุมด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยในแต่ละระยะมีการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง **ระยะที่ 1** การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มต้นด้วยการศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โรงพยาบาลต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์การควบคุมวัณโรคในปัจจุบัน **ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ครั้ง

ละ 2 วันเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ไข **ระยะที่ 3** การทดลองใช้และประเมินผล ระยะเวลา 16 สัปดาห์ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองระนอง อำเภอกะเปอร์ และอำเภอกระบุรี โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์แบบผสมผสาน โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแยกกัน แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่างๆ

การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบที t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม Chi-square test สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม และ ANOVA สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างหลายกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย (Inductive Content Analysis) ตามแนวทางของ Corbin และ Strauss[9] เริ่มต้นด้วยการถอดเทปบันทึกเสียงและการจัดระเบียบข้อมูล แล้วดำเนินการแบ่งข้อมูลออกเป็นหน่วยความหมาย (Meaning units) การสร้างรหัส (Coding) การจัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ (Categories) และการสังเคราะห์เป็นธีมหลัก (Themes)

กระบวนการวิเคราะห์มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธี Triangulation การตรวจสอบโดยผู้เข้าร่วมวิจัย (Member checking) และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความเที่ยงของผลการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA_PHRN 036/2567 ลงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนการเก็บข้อมูล รักษาความลับของข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล และแจ้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน ประกอบด้วยเพศชาย 38 คน (ร้อยละ 38.00) และเพศหญิง 62 คน (ร้อยละ 62.00) มีอายุเฉลี่ย 34.50 ปี (SD = 8.20, Min = 19, Max = 58) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน (25-45 ปี) คิดเป็นร้อยละ 74.00

แรงงานต่างด้าว 40 คน ส่วนใหญ่มาจากประเทศเมียนมาร์ 35 คน (ร้อยละ 87.50) ลาว 3 คน (ร้อยละ 7.50) และกัมพูชา 2 คน (ร้อยละ 5.00) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวที่รายงานว่าแรงงานชาวเมียนมาร์เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในพื้นที่ชายแดนภาคใต้(2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 45.00) มัธยมศึกษาตอนต้น 15 คน (ร้อยละ 37.50) และมัธยมศึกษาตอนปลาย 7 คน (ร้อยละ 17.50)

ประเภทงานที่ทำส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมประมง 21 คน (ร้อยละ 52.50) การแปรรูปอาหารทะเล 12 คน (ร้อยละ 30.00) การก่อสร้าง 4 คน (ร้อยละ 10.00) และบริการ 3 คน (ร้อยละ 7.50) มีระยะเวลาการทำงานในไทยเฉลี่ย 6.30 ปี (SD = 3.10, Min = 1, Max = 15) และมีประสบการณ์การติดต่อกับระบบสาธารณสุขไทยเฉลี่ย 3.20 ครั้งต่อปี

ตารางที่ 1 สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดระนอง พ.ศ. 2563-2567

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ราย)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)	อัตราความสำเร็จการรักษา (ร้อยละ)	อัตราตาย (ร้อยละ)	อัตราการขาดยา (ร้อยละ)
2563	293	163.53	87.59	7.93	1.38
2564	195	100.84	85.13	11.28	3.59
2565	218	112.16	86.70	10.55	2.29
2566	285	146.47	85.66	10.84	1.75
2567	264	135.92	-	12.12	-

ที่มา; รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค จังหวัดระนอง ปี 2567

จากตารางพบว่าอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปี 2563-2566 มีค่า 87.59, 85.13, 86.70 และ 85.66 ร้อยละ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติที่กำหนดไว้ไม่

น้อยกว่าร้อยละ 90.00 นอกจากนี้ พบว่าอัตราป่วยตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีค่า 7.93, 11.28, 10.55, 10.84 และ 12.12 ร้อยละ ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง[7] ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบปัญหาสำคัญ 3 ประการ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักระบาดวิทยาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดน[10]การติดต่อกับระบบสาธารณสุขไทยเฉลี่ย 3.20 ครั้งต่อปี

สภาพการณ์การควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบปัญหาสำคัญ 3 ประการ

ปัญหาที่ 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างการรักษาสูง อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคแรงงานต่างด้าวในระหว่างการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 12.12 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่ร้อยละ 6.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบตามสัญชาติพบว่าแรงงานชาวเมียนมาร์มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดที่ร้อยละ 14.20 รองลงมาคือชาวลาวร้อยละ 9.80 และชาวกัมพูชาร้อยละ 8.50 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาจากการวินิจฉัยล่าช้า โดยระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการจนได้รับการวินิจฉัยเป็น 28.50 วัน (SD = 12.30) ซึ่งนานกว่าผู้ป่วยไทยที่ 15.20 วัน (SD = 8.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเข้าถึงบริการช้าเนื่องจากอุปสรรคด้านภาษาและความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวอื่นเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาที่ 2 อัตราการขาดยาในระหว่างการรักษาสูง ผู้ป่วยวัณโรคแรงงานต่างด้าวมีอัตราการขาดยาในระหว่างการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยไทยอย่างมีนัยสำคัญ โดยแรงงานชาวเมียนมาร์มีอัตราการขาดยาสูงที่สุดถึงร้อยละ 13.98 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยไทยที่มีอัตราเพียงร้อยละ 4.20 ($p < 0.001$) สาเหตุหลักของการขาดยาประกอบด้วย การเคลื่อนย้ายพื้นที่ทำงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า (ร้อยละ 42.30) ปัญหาการสื่อสารและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 28.50) ปัญหาทางการเงินและการหยุดงาน (ร้อยละ 18.70) และความกลัวการถูกจับกุมหรือส่งกลับประเทศ (ร้อยละ 10.50)

ปัญหาที่ 3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายพื้นที่ยังไม่เป็นระบบ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่พบว่า ร้อยละ 67.80 รายงานว่าไม่มีกลไกการประสานงานที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว และร้อยละ 78.30 ระบุว่าขาดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากพื้นที่อื่นคือ 14.70 วัน (SD = 8.90) และมีผู้ป่วยที่สูญหายจากระบบการติดตาม (Loss to follow-up) สูงถึงร้อยละ 23.40 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวที่เคลื่อนย้ายพื้นที่โดยไม่ทราบที่อยู่ใหม่

การพัฒนารูปแบบ BRIDGE จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง การสนทนากลุ่ม และการระดมความคิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ได้รูปแบบการควบคุมวัณโรคที่เรียกว่า "BRIDGE Model" ซึ่งเป็นตัวย่อของ Building trust and community bonds, Reaching vulnerable populations, Integrated service delivery, Data-driven decision making, Greater community engagement และ Empowerment and sustainability

แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว (Building Relationships for Integrated Disease-control through Greater Engagement)

รูปแบบ BRIDGE ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ แต่ละองค์ประกอบมีกิจกรรมและตัวชี้วัดที่ชัดเจน สามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

องค์ประกอบที่ 1 Building trust and community bonds (การสร้างความไว้วางใจและความผูกพันในชุมชน)

องค์ประกอบที่ 2 Reaching vulnerable populations (การเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง)

องค์ประกอบที่ 3 Integrated service delivery (การจัดบริการแบบบูรณาการ)

องค์ประกอบที่ 4 Data-driven decision making (การตัดสินใจบนฐานข้อมูล)

องค์ประกอบที่ 5 Greater community engagement (การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน)

องค์ประกอบที่ 6 Empowerment and sustainability (การเสริมสร้างพลังอำนาจและความยั่งยืน)

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ BRIDGE

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ BRIDGE ดำเนินการหลังจากการทดลองใช้เป็นเวลา 4 เดือนในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ โดยใช้ตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BRIDGE ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.30 จาก 5.00 (SD = 0.45) เมื่อแยกตามกลุ่มพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจสูงที่สุด 4.42 (SD = 0.38) รองลงมาคือผู้ประกอบการ 4.35 (SD = 0.41) อาสาสมัครและผู้นำชุมชน 4.25 (SD = 0.48) และแรงงานต่างด้าว 4.18 (SD = 0.52)

เมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ได้รับความพึงพอใจสูงที่สุดคือการสร้างความไว้วางใจและความผูกพันในชุมชน (4.48) รองลงมาคือการเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง (4.35) การจัดบริการแบบบูรณาการ (4.28) การตัดสินใจบนฐานข้อมูล (4.25) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน (4.22) และการเสริมสร้างพลังอำนาจและความยั่งยืน (4.20)

2. การปรับปรุงตัวชี้วัดการควบคุมวัณโรค หลังจากการนำรูปแบบ BRIDGE ไปทดลองใช้พบการปรับปรุงในตัวชี้วัดหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้

อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 85 รายต่อแสนประชากรแรงงานต่างด้าว เป็น 105 รายต่อแสนประชากร คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.50 ($p < 0.05$) โดยการเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มาจากการค้นหาแบบแอคทีฟและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในชุมชน

อัตราการขาดยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 13.98 เป็นร้อยละ 8.50 ($p < 0.001$) โดยการลดลงมากที่สุดพบในกลุ่มแรงงานชาวเมียนมาร์ จากร้อยละ 13.98 เป็นร้อยละ 7.80 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากระบบการติดตามที่ดีขึ้นและการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

เวลาเฉลี่ยในการวินิจฉัยลดลงจาก 28.50 วัน เป็น 18.20 วัน ($p < 0.01$) เนื่องจากการค้นหาผู้ป่วยแบบแอคทีฟและการเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านรถเคลื่อนที่

อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.50 เป็นร้อยละ 85.20 ($p < 0.05$) และอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 12.12 เป็นร้อยละ 8.70 ($p < 0.05$)

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นจาก 25 คน เป็น 67 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 168.00 โดยมีการกระจายตัวครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดระนอง

ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 15 แห่ง เป็น 38 แห่ง โดยมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในสถานประกอบการ

มีการจัดตั้งเครือข่ายชุมชนใน 12 ตำบล จาก 20 ตำบลทั้งหมดในจังหวัดระนอง โดยแต่ละเครือข่ายมีการประชุมเป็นประจำทุกเดือนและมีแผนงานการดำเนินงานที่ชัดเจน

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการใช้แอปพลิเคชันติดตามการรับประทานยาใน 78 ราย จาก 95 ผู้ป่วยทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 82.10 และมีอัตราการปฏิบัติตามการนัดหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.40 เป็นร้อยละ 89.20ปพลิเคชันติดตามการรับประทานยาใน 78 ราย จาก 95 ผู้ป่วยทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีอัตราการปฏิบัติตามการนัดหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.4 เป็นร้อยละ 89.2

ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และการสังเกตการณ์ในระหว่างการทดลองใช้รูปแบบ สามารถระบุปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคได้ดังนี้ 1) การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงและนโยบายของจังหวัด โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนองได้ประกาศให้วัณโรคเป็นวาระสำคัญของจังหวัด มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน และการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ทีมงาน 2) ความร่วมมืออย่างดีของแรงงานต่าง

ด้าวและชุมชน โดยเฉพาะหลังจากที่เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการดำเนินงาน มีการบอกต่อและแนะนำให้เพื่อนร่วมงานเข้าร่วมโครงการมากขึ้น 3) การบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาดและการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนงาน ทำให้การติดตามและการประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการจัดทำรายงาน

อุปสรรค ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะการขาดแคลนล่ามและเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะด้านภาษาต่างประเทศ ทำให้การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นมีข้อจำกัด

ความซับซ้อนของระเบียบราชการและกฎหมาย โดยเฉพาะเรื่องการจ่ายเงินสนับสนุนและการจัดซื้อจัดจ้างสำหรับโครงการที่มีความยืดหยุ่นสูง

การเคลื่อนย้ายของแรงงานที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ โดยเฉพาะในช่วงฤดูการท่องเที่ยวและฤดูประมง ทำให้การติดตามต่อเนื่องมีความท้าทาย

ความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม แม้จะมีล่ามช่วย แต่บางครั้งยังมีปัญหาในการสื่อสารแนวคิดที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและการป้องกันโรค

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของรูปแบบ BRIDGE ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ BRIDGE มีประสิทธิผลในการปรับปรุงตัวชี้วัดการควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างด้าวอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มขึ้นของอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 23.50 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการค้นหาแบบแอคทีฟและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ König และคณะ[11] ที่พบว่าการแทรกแซงแบบครอบคลุมหลายมิติมีประสิทธิภาพสูงกว่าการแทรกแซงแบบเดี่ยว

การลดลงของอัตราการขาดยาจากร้อยละ 13.98 เป็น 8.50 เป็นผลสำเร็จที่สำคัญ เนื่องจากปัญหานี้เป็นความท้าทายหลักในการรักษาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ ตามที่ Carrara และคณะ[12] ได้รายงานไว้ การปรับปรุงนี้เกิดจากการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและการมีอาสาสมัครในชุมชนคอยให้การสนับสนุน

การลดลงของเวลาในการวินิจฉัยจาก 28.50 วัน เป็น 18.20 วัน มีความหมายสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและการแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Naing และคณะ[13] ที่เน้นความสำคัญของการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การปรับปรุงนี้เป็นผลจากการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นผ่านรถเคลื่อนที่และการมีอาสาสมัครในชุมชนที่สามารถระบุอาการเบื้องต้นได้

จุดแข็งของรูปแบบ BRIDGE การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนเป็นจุดแข็งหลักของรูปแบบ BRIDGE การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและได้รับการยอมรับจากชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของการแทรกแซง ตามที่ Tschirhart และคณะ[14,15] ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรค

ความครอบคลุมและเป็นระบบของรูปแบบ BRIDGE ทำให้การดำเนินงานสามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างรอบด้าน ไม่เพียงแต่เน้นที่การรักษาเท่านั้น แต่รวมถึงการป้องกัน การค้นหา การติดตาม และการสร้างความยั่งยืน การจัดองค์ประกอบแบบบูรณาการช่วยให้เกิด Synergy effect ที่ทำให้ผลลัพธ์ดีกว่าการทำงานแยกส่วน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Charoensook และคณะ[16] เกี่ยวกับการคัดกรองแบบบูรณาการ

การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเป็นจุดแข็งที่สำคัญ การพัฒนาระบบสารสนเทศและการใช้เทคโนโลยีช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสามารถปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง การมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยช่วยให้การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของวิศรุต และคณะ[17] เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการควบคุมวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ 1) ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ 2) ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น 3) ควรนำแนวคิด RRTTR มาใช้ในการปฏิบัติงาน 4) ควรเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย 1) ควรเน้นการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น 2) ควรจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่อง 3) ควรพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ 4) ควรกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบการแทรกแซงที่

พัฒนาขึ้น 2) ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบการดำเนินงาน 3) ควรพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 4) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบ BRIDGE สำหรับการควบคุมวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ไข

รูปแบบ BRIDGE ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจและความผูกพันในชุมชน การเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง การจัดบริการแบบบูรณาการ การตัดสินใจบนฐานข้อมูล การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเสริมสร้างพลังอำนาจและความยั่งยืน แต่ละองค์ประกอบมีกิจกรรมและตัวชี้วัดที่ชัดเจน สามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลการประเมินประสิทธิผลแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ BRIDGE สามารถปรับปรุงตัวชี้วัดการควบคุมวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.50 อัตราการขาดยาลดลงจากร้อยละ 13.98 เป็น 8.50 เวลาเฉลี่ยในการวินิจฉัยลดลงจาก 28.50 วัน เป็น 18.20 วัน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.30 จาก 5.00)

จุดสำคัญของรูปแบบ BRIDGE คือการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มที่จะยั่งยืน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนงานช่วยให้การติดตามและการประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ความร่วมมือของแรงงานต่างด้าวและชุมชน การบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในขณะที่อุปสรรคหลักคือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล ความซับซ้อนของระเบียบราชการ การเคลื่อนย้ายของแรงงานที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม

การนำรูปแบบ BRIDGE ไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างจะต้องมีการสนับสนุนจากนโยบายระดับชาติ การพัฒนาระบบสารสนเทศ การสร้างกลไกการสนับสนุนทางการเงิน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ได้แก่ การติดตามและประเมินผลรูปแบบ BRIDGE ในระยะยาว (3-5 ปี) เพื่อดูความยั่งยืนและผลกระทบต่อการลดอุบัติการณ์วัณโรคในชุมชน การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของรูปแบบ BRIDGE เปรียบเทียบกับรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม การดำเนินการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเข้มงวด และการศึกษาการปรับใช้รูปแบบ BRIDGE ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

การวิจัยนี้มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรเปราะบาง และเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนารูปแบบการแทรกแซงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน รูปแบบ BRIDGE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ และกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ ด้วย การสนับสนุนจากทุกภาคส่วนและการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมจะช่วยให้รูปแบบ BRIDGE สามารถขยายผลและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและชุมชนโดยรวมได้อย่างยั่งยืน BRIDGE คือการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มที่จะยั่งยืน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนงานช่วยให้การติดตามและการประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ความร่วมมือของแรงงานต่างด้าวและชุมชน การบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในขณะที่อุปสรรคหลักคือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล ความซับซ้อนของระเบียบราชการ การเคลื่อนย้ายของแรงงานที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม

การนำรูปแบบ BRIDGE ไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างจะต้องมีการสนับสนุนจากนโยบายระดับชาติ การพัฒนาระบบสารสนเทศ การสร้างกลไกการสนับสนุนทางการเงิน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ

การวิจัยนี้มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรเปราะบาง และเป็น

ต้นแบบสำหรับการพัฒนารูปแบบการแทรกแซงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน รูปแบบ BRIDGE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ และกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ ด้วย การสนับสนุนจากทุกภาคส่วนและการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมจะช่วยให้รูปแบบ BRIDGE สามารถขยายผลและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและชุมชนโดยรวมได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2564. กระทรวงแรงงาน; 2564.
2. วรรณภา ฉายปิยะ, ศิราณี ศรีหาภาค, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. ปัญหาและผลกระทบจากแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(6):1027-39.
3. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University Press; 1988.
4. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
5. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qual Sociol. 1990;13(1):3-21.
6. König A, Nabieva J, Manssouri A, Antia K, Dambach P, Deckert A, et al. Strengthening tuberculosis control among migrant workers: a systematic review of interventions. Trop Med Int Health. 2024;29(4):245-58.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจังหวัดระนอง ปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2567.
8. Carrara VI, Sirilak S, Thonglairuam J, Rojanawiwat A, Proux S, Gilbos V, et al. Tuberculosis treatment in a refugee and migrant population: 20 years of experience on the Thai-Burmese border. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;15(12):1589-94.
9. Naing T, Geater A, Pungrassami P. Migrant workers' occupation and healthcare-seeking preferences for TB-suspicious symptoms and other health problems: a survey among immigrant workers in Songkhla province, southern Thailand. BMC Int Health Hum Rights. 2012;12:22.
10. Tschirhart N, Nosten F, Foster AM. Access to free or low-cost tuberculosis treatment for migrants and refugees along the Thailand-Myanmar border in Tak province, Thailand. Int Health. 2017;9(3):169-76.
11. Tschirhart N, Sein T, Foster AM, Nosten F. Migrant and refugee patient perspectives on travel and tuberculosis along the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. Confl Health. 2016;10:15.
12. Lönnroth K, Mor Z, Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana RR, van der Werf MJ, et al. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(6):624-37.
13. Charoensook P, Upala P, Anuwatnonthakate A, Ruanjai T, Apidechkul T. Pulmonary tuberculosis screening and quality of life among migrant workers, Northern Thailand. J Infect Dev Ctries. 2018;12(12):1052-61.
14. Carroll A, Maung Maung B, Htun WPP, Watthanaworawit W, Vincenti-Delmas M, Smith C, et al. High burden of childhood tuberculosis in migrants: A retrospective cohort study from the Thailand-Myanmar border. BMC Infect Dis. 2022;22(1):608.
15.วรรณรา ชื่นวัฒนา, สุวรรณา นิลลักษณ์, ปรียา เจียมจิรัฐิติกาล. แนวทางส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2562;13(2):45-58.
16. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กาญจนา ทองทั่ว, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การจัดการปัญหาสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว: บทเรียนจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(3):271-88.
17. วิศรุต ศรีนวล, รัชนี อำนวยโชค, ไพรัช มิ่งขวัญ. สถานการณ์วัณโรคและทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(2):325-40.
18.. สำนักระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดน ปี 2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
19. Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra CN, Waliji M, Makarenko I, Alabdulkarim B, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for active tuberculosis among migrants in the EU/EEA: A systematic review. Eurosurveillance. 2018;23(14):17- 00543.
20. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO Press; 2023.

ปฏิบัติงานด้านวัณโรค สามารถลดอุบัติการณ์ของวัณโรคได้ Mandal, S. และคณะ[14] ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมวัณโรคซึ่งประกอบด้วยการคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงอาทิ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี, กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยวัณโรคและกลุ่มผู้มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคซิลิโคสิส, โรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1.. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564) .แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (2566-2570) กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯลฯ.

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อตกลงความร่วมมือของประชาคมอาเซียน.(2558)

3. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขแรงงาน.สถานการณ์แรงงานต่างด้าว [อินเตอร์เน็ต]. (2561) [เข้าถึงเมื่อ 2561 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: https:// www.doe.go.th

4.กระทรวงสาธารณสุข.สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ [อินเตอร์เน็ต]. (2561) [เข้าถึงเมื่อ 2561 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: https:// www.healthkpi.moph.go.th

5.. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563) สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาและปัญหาสุขภาพ ที่ตรวจพบ. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

6.. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2563) สรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี.

7.. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2567) สรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี.

8.Strauss, A.L.and Cabbin, J. Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. SAGE publication; (1990).

9.ยาใจ พงษ์บริบูรณ์.(2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. **วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น,** 17 (มิถุนายน - กันยายน) : 11 - 15. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/064/4.PDF.

10.สุนันทา เลาหนันท์. (2544). แนวคิดการพัฒนาองค์กร.กรุงเทพ:ดี.ดี.บรุคสโตร์.

11.นรินทร์ แจ่มจำรัส. (2551). การพัฒนาองค์กร:ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม.มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

12.. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564) แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (2566- 2570) กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯลฯ.

13.Public Health England. (2014). The health of prisoners: A focus on infections diseases. World Health Organization.

การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลอุดรธานี

Development of a nursing model to promote self-management in Maneevej exercise to reduce the risk of falls in the elderly. Acupuncture Clinic, Udon Thani Hospital.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

รัชนี เจริญเพ็ง1 ศิวัชญา จิตตะยโศธร2
Ratchanee Charoenpeng[1] Siwatchaya Chittayosot[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 ทดลองใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง(Purposive Sampling)ตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายท่ามณีเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มการทดสอบกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (30 second chair stand) สมดุลการทรงตัวขณะยืนนิ่ง (4 stage balance) เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก31.72±5.63 เป็น 38.78±.94 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย(FES-I) ค่าการทรงตัวและความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว (Timed Up and Go) มีค่าลดลง หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากในทุกประเด็น (ค่าเฉลี่ย = 4.27-4.47, SD ± 0.594-0.640) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ความครอบคลุมและเหมาะสมของการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์ของรูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.47)

คำสำคัญ: การจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ท่ามณีเวช ความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ

Abstract

This research is an action research. The objective is to study and develop a nursing model to promote self-management in exercising with Maniwet postures in the elderly to prevent falls. The research was conducted from March 2024 to February 2025. The trial model was 12 weeks, with activities every 2 weeks, 60 minutes each time, at the outpatient department, Acupuncture Clinic, Udon Thani Hospital. The sample group was the elderly aged 60 years and over. The purposive sampling method was used according to the criteria. Data was collected from questionnaires. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results of the study found that the elderly had scores of knowledge about Maniwet exercise, knowledge and understanding about fall prevention, self-management behavior in fall prevention, leg muscle strength test (30-second chair stand), and 4-stage balance, which were significantly increased from 31.72±5.63 to 38.78±.94 after using the model ($p < .001$). The risk of falling score (FES-I), balance and agility scores (Timed Up and Go) were significantly reduced after using the model ($p < .001$). The nurses were highly satisfied with all issues (mean = 4.27-4.47, SD ± 0.594-0.640). The issues with the highest mean values

[1] คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] แพทย์แผนจีนคลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี

were the comprehensiveness and appropriateness of the assessment of related factors, and the benefits of the Maniwet exercise model in promoting the elderly (mean = 4.47).

Keywords: Self-management in exercise, Maniwet exercise, Fall risk in the elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงขึ้น จากรายงาน Global Age Watch Index 2015 ประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน เป็นประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น“สังคมสูงวัย” และคาดการณ์ว่าใน ปี ค.ศ.2030 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.4 พันล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และภายใน ปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28-35 มีประสบการณ์การหกล้มอย่างน้อยปีละครั้ง และอุบัติการณ์การหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นเหตุนำไปสู่การบาดเจ็บ ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศ[1]

การออกกำลังกายท่ามณีเวชเป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสานที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นท่าที่เรียบง่าย ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ การทรงตัว และการหายใจ อีกทั้งยังช่วยผ่อนคลายความเครียดเป็นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ[2]

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมาย วางแผน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรม[3] การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการส่งเสริมการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ อาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งขั้นตอนในการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการออกกำลังกายท่ามณีเวช ได้แก่ 1) การประเมินตนเอง (Self-assessment) โดยผู้สูงอายุประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและความพร้อมในการออกกำลังกายท่ามณีเวชของตนเอง 2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายท่ามณีเวชเพื่อป้องกันการหกล้ม คำนึงถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง[3] 3) การวางแผนปฏิบัติ (Action planning) โดยผู้สูงอายุวางแผนการออกกำลังกายท่ามณีเวช กำหนดรูปแบบ ความถี่ ระยะเวลา และสถานที่[4] 4) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) โดยผู้สูงอายุลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง[5] 5) การติดตามประเมินผล (Self-monitoring) โดยผู้สูงอายุติดตามและประเมินผลการออกกำลังกายท่ามณีเวชของตนเองเป็นระยะ เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าและอุปสรรค[3] และ 6) การปรับเปลี่ยนแผนหรือพฤติกรรม (Adjustment) โดยผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนแผนหรือพฤติกรรมการออกกำลังกายท่ามณีเวชให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[5]

สถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยในปี 2562 พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 18.8 เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 37.7 ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ในจังหวัดอุดรธานี พบว่าในปี

2563 มีอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.5 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานีจำนวน 1,254 ราย (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลอุดรธานี, 2564)ในตึกผู้ป่วยนอกทางเลือก มีผู้สูงอายุมารับบริการ ปี 64, 65, 66, จำนวน 854, 732, 970 ตามลำดับ และเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 498, 568, 643 คิดเป็นร้อยละ 58.31, 77.59, และ 66.28 ตามลำดับ (จากการใช้แบบประเมิน) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ความผิดปกติของการทรงตัว สมองเสื่อม สายตาผิดปกติ และการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหก แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงต้องเน้นการคัดกรองความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนยา การให้ความรู้ และการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน[6] ควบคู่ไปกับการสร้างความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและความพร้อมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชที่ถูกต้องและปลอดภัย 3) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมาย วางแผน และติดตามประเมินผลการออกกำลังกายด้วยตนเอง 4) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ 5) การนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย และ 6) การสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ผ่านกลวิธีต่างๆ เช่น การให้รางวัล การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้าด้วยกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกายท่ามณีเวช สมรรถภาพทางกาย ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพต่อการใช้รูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชในผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม กรอบแนวคิดนี้เป็นการประยุกต์ใช้รูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ (Soukup, 2000) เพื่อพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุและป้องกันและลดความเสี่ยงในการหกล้ม โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ โดยกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเน้นการทำงานและการแสดงความคิดเห็น

ร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานอย่างชัดเจน รวมทั้งมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุดภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างรูปแบบฯ ตรวจสอบคุณภาพและศึกษานำร่อง 3) นำรูปแบบฯ ไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง ในผู้สูงอายุจำนวน 18 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบ และ 5) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปเผยแพร่และขยายผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 –กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ที่คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรทางสุขภาพ คือ บุคลกรที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 8 คนประกอบด้วย แพทย์แผนจีน 1 คน แพทย์แผนไทย 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ดูแลคลินิกมณีเวชและหัวหน้าหอคลินิกฝังเข็ม

2. กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ดูแลหลัก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่เคยมีประวัติการหกล้มที่เข้ารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม แต่ยังไม่เคยมีประวัติการหกล้มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง(Purposive Sampling) ตามเกณฑ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G power 3.1.9.4 อ้างอิงค่า mean และ SD จากตัวแปร Time up and go test (วีรยุทธ์ แก้วโมกง์ 2017)

Sample size calculation

Input: Effect size dz = 1.018837, α = 0.05, Power (1-β err prob) = 0.95

Output: Total sample size = 15

กลุ่มตัวอย่าง 15 คน เผื่อสูญหาย 20 % จะได้กลุ่มตัวอย่าง 18 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเวชระเบียนผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนา เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Design and Development: D & D) การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองนำร่อง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ตำบลอื่น กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเหมือนขั้นตอนที่ 1 ข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi & Schensul สำหรับการศึกษากรณีศึกษา ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 คน หรือน้อยกว่า หากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ

ขั้นตอนที่ 3: การวิจัย เป็นการนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Implementation: I) การนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน โดยผู้วิจัยเลือกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเหมือน ขั้นตอนที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คนนี้ ไม่เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4: การพัฒนา เป็นการประเมินและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: E) การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ เกณฑ์คัดเข้าสำหรับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วย คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย

ตลอดและสามารถสื่อสารให้ข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัยได้ดี 2) เพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไปยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง คือ 1) เป็นบุคคลที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้าร่วมวิจัย 2) สามารถสื่อสารให้ข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัยได้ดี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกสำหรับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง คือ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และ 2) ปฏิเสธการให้ข้อมูลด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ระหว่างการวิจัย

ขั้นตอนที่ 5: การเผยแพร่ (Dissemination) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปเผยแพร่และขยายผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดความดันโลหิต,สายวัดรอบเอว,เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) คู่มือความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชสำหรับผู้สูงอายุ 4) วิดีโอ/โปสเตอร์/แผ่นภาพ การออกกำลังกายท่ามณีเวชสำหรับผู้สูงอายุ 5) เครื่องเล่นวิดีโอ/โทรศัพท์ 6) รูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม การใช้ยา ความถี่ของการออกกำลังกาย

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายท่ามณีเวช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ข้อ

3. แบบเมินผลของรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวช ชุดข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยผ่ายการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นการให้คะแนน: ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มชุดข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยผ่ายการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

5. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม

6. แบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายท่ามณีเวช ซึ่งให้ผู้สูงอายุบันทึกด้วยตนเองหรือให้ผู้ดูแลช่วยบันทึก

7. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Falls Efficacy Scale-International (FES-I)

8. แบบประเมินสมรรถนะทางกาย 1) การประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test 2) การทดสอบ 30 second chair 3) 4-stand stage balance (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2559)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวช แบบเมินผลของรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวช แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.78, 0.76, 0.87และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78, 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเช่น เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว เป็นต้น ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สำหรับอธิบายข้อมูลที่มีมาตรวัดแบบอันตรภาค (Interval Scale) หรืออัตราส่วน (Ratio Scale) เช่น อายุ คะแนนความรู้ คะแนนทักษะการจัดการตนเอง คะแนนสมรรถภาพทางกาย เป็นต้น

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ paired t-test ใช้สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลอุดรธานี อุดรธานีเลขที่ 160/2567

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ

1.1 ผลการศึกษาในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาผลการศึกษาการทบทวนเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 30 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการหกล้ม การประเมินความเสี่ยงการหกล้ม การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยมีผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.8) อายุเฉลี่ย 73.5± 6ปี มีโรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.8) และเบาหวาน (ร้อยละ 35.0) ร้อยละ 40.8 มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยสาเหตุหลักของการหกล้มได้แก่ ลื่นล้ม (ร้อยละ 51.0) สะดุดสิ่งของ (ร้อยละ 30.6) และเป็นลม/วิงเวียน (ร้อยละ 18.4) ความเสี่ยงการหกล้ม: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.8) มีความเสี่ยงการหกล้มในระดับปานกลางถึงสูง โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ได้แก่ ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 75.0) การทรงตัวไม่ดี (ร้อยละ 65.8) และการมองเห็นผิดปกติ (ร้อยละ 58.3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.8) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการความช่วยเหลือบ้างในบางกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 15.8

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาพบว่า1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าการหกล้มเป็นภาวะที่อันตราย ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความพิการได้ โดยมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อการหกล้ม บางรายเคยมีประสบการณ์หกล้มมาก่อน ทำให้เกิดความหวาดระแวงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุบางส่วนที่มองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้น จึงไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าการจัดการตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การทานอาหารที่มีประโยชน์ การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอุปสรรคหลายประการในการจัดการตนเอง ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ความเครียดและความวิตกกังวลต่อการหกล้ม การขาดแรงจูงใจและกำลังใจ การขาดความรู้ในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการ

ขาดแคลนอุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล เป็นผู้ให้การดูแล ให้คำแนะนำ กำลังใจ และติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้สามารถจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุน เช่น การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย การพาไปออกกำลังกายนอกบ้าน

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุน กำหนดการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า 1) มีความกังวลและหวาดกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากเล็งเห็นถึงผลกระทบและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บ ความพิการ หรือแม้แต่เสียชีวิต ผู้ดูแลบางรายเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้มมาก่อน จึงเกิดความเครียดและวิตกกังวลเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ตระหนักดีว่าการหกล้มเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ หากมีการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด 2) ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในหลายรูปแบบ ได้แก่ การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์เพื่อสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย การช่วยจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เช่น ติดตั้งราวจับ ทางลาด และกำจัดสิ่งกีดขวาง การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้สูงอายุในการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลบางส่วนก็มีข้อจำกัดในการให้การสนับสนุน เนื่องจากต้องประกอบอาชีพหรือมีภาระอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบ 3)ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล เป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจนำไปสู่การหกล้ม นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม เพื่อช่วยลดความเครียดและความกดดันในการทำหน้าที่ผู้ดูแล รวมถึงต้องการทรัพยากรสนับสนุนต่าง ๆ เช่น งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การสร้างรูปแบบฯ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเวชระเบียนผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล มากำหนดเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อป้องกันการหกล้ม ใน 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (2) การส่งเสริมการออกกำลังกาย (3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเองเพื่อออกกำลังกาย และ (4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman และแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

1.3 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ: ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และการออกกำลังกายท่ามณีเวช ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผลการประเมินพบว่ารูปแบบมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ในการศึกษานำร่อง

1.4 การศึกษานำร่องการใช้รูปแบบฯ: ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 10 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย การนำเสนอตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และความสามารถในการทำท่ามณีเวช เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการหกล้มลดลงร้อยละ 20 ในระยะเวลา 6 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเทียบกับอัตราการหกล้มก่อนเข้าร่วมการศึกษา

2.ประสิทธิผลรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้จำนวน 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.11%) อายุระหว่าง 65-69 ปี (38.89%) สถานภาพสมรส (55.56%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (72.22%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (44.44%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท (38.89%) ไม่มีโรคประจำตัว (55.56%) ไม่เคยมีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (72.22%) ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (66.67%) และทุกคนใช้เวลาในการออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง (100%) อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก 79.50± 12.14 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 130/73 มม.ปรอท ดัชนีมวลกาย 26.98±4.05กก./ม^2

2.2 เปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายท่ามณีเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม ความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย (FES-I) สมรรถนะทางกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายท่ามณีเวช เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 24.44±5.85 เป็น 40.06± 10.46 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.94±.93 เป็น 8.72±.89 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก31.72±5.63 เป็น 38.78±.94 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) คะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย(FES-I) มีค่าลดลงจาก 17.44±3.89 เป็น 10.06±3.53 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ค่าการทรงตัวและความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว (Timed Up and Go) มีค่าลดลงจาก17.44±3.89 เป็น 10.06±3.53 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) การทดสอบกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (30 second chair stand) มีค่าเพิ่มขึ้นจาก 12.33±2.0 เป็น 19.33±.87 หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และความสมดุลการทรงตัวขณะยืนนิ่ง (4 stage balance) มีค่าเพิ่มขึ้นจาก 7.17±1.61 เป็น 11.83 ±2.17หลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากในทุกประเด็น (M = 4.27-4.47, SD ± 0.594-0.640) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ความครอบคลุมและเหมาะสมของการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์ของรูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ (M = 4.47)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ด้านการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเองเพื่อออกกำลังกาย และ 4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[3] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[7] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรม จะส่งผลให้มีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การที่ผู้วิจัยนำแนวคิดเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบ จึงน่าจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีพยาบาลและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ นอกจากนี้ องค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเสริมแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[5] โดยเฉพาะการออกกำลังกายในรูปแบบที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เช่น ท่ามณีเวช จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ประสิทธิผลของรูปแบบทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายท่ามณีเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่คะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทรงตัวและความคล่องแคล่ว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความสมดุลการทรงตัว ก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .001$)

ผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายท่ามณีเวชที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลงและมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ[9] ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระดับมากในทุกประเด็น โดยเห็นว่ารูปแบบมีความครอบคลุม เหมาะสม และมีประโยชน์ในการส่งเสริมการออกกำลังกายท่ามณีเวชในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก รูปแบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบ ยังมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้พยาบาล

สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ[8]

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย การขาดกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ และระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพิ่มกลุ่มควบคุม และติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคงทนของรูปแบบฯ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพต่อการใช้รูปแบบฯ ก็จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่าต่อการปรับปรุงรูปแบบให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

2. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพและผู้กำหนดนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เช่น บุคลากร งบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ โดยการสร้างความตระหนัก ให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย และสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลนี้กับการดูแลแบบปกติ และเพื่อยืนยันผลการศึกษาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลการใช้รูปแบบในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

3. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปสู่กลุ่มประชากรอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีประวัติหกล้มซ้ำ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Florence, C. S., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. Journal of the American Geriatrics Society, 66(4), 693-698. https://doi.org/10.1111/jgs.15304

2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2559). คู่มือการออกกำลังกายท่ามณีเวชสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

3. Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
4. Li, F., Harmer, P., Fitzgerald, K., Eckstrom, E., Akers, L., Chou, L. S., ... & Winters-Stone, K. (2018). Effectiveness of a therapeutic Tai Ji Quan intervention vs a multimodal exercise intervention to prevent falls among older adults at high risk of falling: a randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 178(10), 1301-1310. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3915
5. Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., ... & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2
6. ฝ่ายเวชระเบียน, (2564) สถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุไทย. โรงพยาบาลอุดรธานี 2565
7. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายท่ามณีเวชต่อความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 36(1), 109-120.
9. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2562). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(3), 1-9.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

Development of health care model for elderly people living alone in the area under the responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promotion Hospital, Buachet District, Surin Province.

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

สุทร สุขรอบ[1]
Suthorn Sukrop[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และMcTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ทดลองใช้รูปแบบจำนวน 55 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมี 5 กิจกรรม คือ 1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพ

Abstract

Action research aimed to develop and evaluate the use of health care models for the elderly living alone in the area of responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Buachet District, Surin Province, according to the concept of Kemmis and McTaggart. The purposive sampling group consisted of 2 groups: (1) a sample group for collecting qualitative data and developing a health care model for the elderly living alone, purposively selecting 12 people and (2) 55 elderly living alone to test the model. They participated in the research process at Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital between August 2024 and March 2025. Quantitative and qualitative data were collected from questionnaires and focus group discussions.

The results of the study found that the health care model for the elderly living alone consisted of 5 activities: 1) Preparing communities by promoting knowledge and understanding about coping with the problems of elderly people living alone ; 2) Community participation in the health care of the elderly living alone; 3) Having peers as informal caregivers; 4) Support and assistance from various organizations; and 5) Promoting self-care according to life

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

management methods and dependency on a case-by-case basis in terms of daily life. Physical health and mental health continuously. After the trial of the model, it was found that opinions on the behavior of self-care of the elderly and the practice of self-care behavior of the elderly, overall, had a statistically significant increase in the mean difference. As for anxiety and depression, the mean difference decreased significantly (p-value<0.05).

Keywords: Elderly people living alone, Model development, health care model

บทนำ

ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 20.70 จากประชากรทั้งหมด นั่นหมายความว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด[1] นอกจากนี้ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นวัยอาศัยอยู่ด้วยกัน ขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเร็วมาก และเริ่มส่งสัญญาณที่ชัดเจนมากขึ้นในเรื่องการไม่มีผู้ดูแลในบั้นปลายชีวิต ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ระบบเศรษฐกิจและสังคม จากเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เพิ่มมากขึ้น[2] ด้านลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 22.6 และ น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 อย่างไรก็ตาม ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567[3] สาเหตุที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากบุตรไปทำงานนอกบ้าน ไปทำงานต่างจังหวัด แยกย้ายไปมีครอบครัว และเสียชีวิต หรือคู่สมรสเสียชีวิต ไปทำงานนอกบ้าน ไปปฏิบัติธรรม ไปอยู่กับบุตรเพื่อเลี้ยงหลาน หรือผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้จึงไม่อยากเป็นภาระของบุคคลอื่น และไม่มีบุตรหลาน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ[4]

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 22,971 คน (ร้อยละ 8.82) นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ระหว่างขอรับการดูแลมากถึง 4,687 คน (ร้อยละ 1.80)[5] ในปี 2567 อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 4,696 คน (ร้อยละ 17.43) แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 91.57 7.82 และร้อยละ 0.67 ตามลำดับ พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ 18.42) และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย[6] และ เมื่อศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่า ร้อยละ 43.3 มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นับเป็นตัวเลขที่สูงสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่พบ

บ่อยที่สุดคือความเหงา สูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง รองลงคือปัญหาไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ปัญหาด้านการเงินที่ต้องเลี้ยงชีพ ร้อยละ 15.7 และ ร้อยละ 5.3 ไม่มีลูกหลานช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน[7] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุข จำเป็นต้องมีการพึ่งพิงในหลายมิติเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระดับกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน สุขภาวะส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ เป็นต้น จนกระทั่งถึงการพึ่งพิงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ทางเศรษฐกิจ สังคม จากครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการดูแล และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนานและกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย

ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เน้นการเข้าถึงระบบสุขภาพและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องใช้ศักยภาพในการดูสุขภาพตนเองภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และยังคงมีความต้องการที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบกับในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ โดยดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ (PAOR) ซึ่งผลที่ได้จะมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลัก PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [8] ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และผู้นำศาสนา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ตัวแทนประธานชมรมผู้สูงอายุ

ระดับหมู่บ้าน 2 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ครูจิตอาสาประจำโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต. 2 คน อสม. 2 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และผู้นำศาสนา (เจ้าอาวาส) 1 รูป

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมด จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 ข้อ การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประเภทผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient) เท่ากับ 0.87 **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 **ส่วนที่ 4** แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.89[9] **ส่วนที่ 5** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93[10]

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 โดยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ผู้วิจัยจะสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพ ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การกำหนดกิจกรรมและวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการ

ต่างๆตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังเป็นหลัก ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ(A) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโดยใช้องค์ประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาศัยอยู่ตามลำพังในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้สูงอายุตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่เพิ่มรายละเอียดการจัดการปัญหารายการณี โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ข้อปฏิบัติของญาติหรือชุมชนในการช่วยดูแลสุขภาพ การสร้างความร่วมมือของชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง ผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อย ตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดสนทนากลุ่มย่อย ได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบเลือกรูปแบบ และเตรียมความพร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ติดตามผลการดูแลสุขภาพ ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังหลังจากทดลองใช้รูปแบบแล้ว 3 เดือน และสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R) เป็นกิจกรรมที่รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่ในชุมชน ให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ขั้นวางแผน สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ในปี 2567 มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ

18.42) แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ทั้งหมด 48 คน คิดเป็นร้อยละ 9.98 และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย 55 คน (ร้อยละ 11.43) จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ยังคงมีปัญหาสุขภาพคล้ายๆกันกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ปัญหาที่พบมากในพื้นที่คือ การรับประทานอาหาร มีปัญหาเรื่องฟัน บางรายมีอาการปวดฟันบ่อย และไม่มีฟันปลอมเนื่องจากไม่มีเงิน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือเคี้ยวลำบาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.45 มีความสามารถในการจัดหาอาหารตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยสามารถเดินทางไปแหล่งค้าขายอาหารเองได้ การจัดการความเครียดและการทำงานอดิเรก พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 90.90 มีภาวะเครียดจากการอยู่คนเดียว เพราะไม่มีเพื่อนช่วยคิดเวลาที่มีปัญหา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ จนบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นภาระให้คนอื่นต้องคอยช่วยเหลือ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีวิธีการจัดการความเครียดโดยทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ หรือรับจ้างในชุมชนเพื่อหารายได้เสริม เป็นต้น ด้านการได้รับสวัสดิการ ผู้สูงอายุร้อยละ 100 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลจรัสที่เป็นหน่วยงานราชการหลักในพื้นที่ที่ให้การดูแลตามสิทธิ แต่ยังไม่เพียงพอ ด้านสุขภาพจะได้รับการบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ต้องการมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์บริบทของพื้นที่ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน การดูแลของเพื่อนบ้าน ชุมชน และปัญหาที่เกิดขึ้น การพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมของภาครัฐและชุมชนท้องถิ่น และหารูปแบบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบท

2. การลงมือปฏิบัติงาน จากการเตรียมความพร้อมของชุมชน การระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่ผู้มีส่วนได้เสียปฏิบัติร่วมกัน แบ่งออกได้เป็น 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (2) การมีส่วนร่วมในชุมชนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (3) พัฒนาเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ (5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี โดยมีประเด็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิง คือ 1)ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน 2) ด้านสุขภาพกาย และ 3)ด้านสุขภาพจิต

3. การสังเกตผล เป็นการทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้

3.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีสถานเป็นหม้าย ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 72.20 ปี (SD.=7.23 ปี) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.18 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพเฉลี่ยน้อยกว่า 1000 บาท/เดือน และไม่เพียงพอ ร้อยละ 80.00 โรคประจำตัวที่เป็นมากคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.27 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 16..36 มีเพื่อนบ้านเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 45.45 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 80.00 และผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00

3.2ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=55)			หลังการทดลอง (n=55)			Mean diff (95%CI)	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ								
1.การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	2.14	0.47	ปานกลาง	2.52	0.32	มาก	0.38 (0.23 - 0.53)	<0.001
2.สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	2.16	0.65	ปานกลาง	2.46	0.45	มาก	0.31 (0.09 - 0.52)	0.0022
3.แรงสนับสนุนจากสังคม	2.35	0.26	มาก	2.77	0.24	มาก	0.42 (0.32 - 0.51)	<0.001
4.แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	2.37	0.45	มาก	2.81	0.33	มาก	0.48 (0.26 - 0.69)	<0.001
5.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	2.14	0.74	ปานกลาง	2.35	0.66	มาก	0.21 (-.05 - 0.47)	0.0596
6.การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง	1.86	0.85	ปานกลาง	2.75	0.36	มาก	0.89 (0.64 - 1.13)	<0.001
โดยรวมความคิดเห็น	2.17	0.57	ปานกลาง	2.61	0.39	มาก	0.44 (0.25 - 0.62)	<0.001
การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.14	0.57	น้อย	2.31	0.37	ปานกลาง	1.17 (0.98 - 1.35)	<0.001
2.พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.16	0.45	น้อย	2.30	0.35	ปานกลาง	1.14 (0.98 – 1.29)	0.0022
3.พฤติกรรมด้านจัดการกับความเครียด	1.35	0.46	น้อย	2.37	0.33	มาก	1.02 (0.86 – 1.17)	<0.001
4.พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	1.56	0.35	น้อย	2.31	0.48	ปานกลาง	0.75 (0.59 - 0.90)	<0.001
5.พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย	1.86	0.94	ปานกลาง	2.44	0.46	มาก	0.58 (0.30 - 0.85)	0.0596
โดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรม	1.41	0.55	น้อย	2.34	0.33	ปานกลาง	0.93 (0.75 - 1.10)	<0.001
ภาวะวิตกกังวล	11.78	6.57	ปานกลาง	8.31	3.37	เล็กน้อย	3.47 (1.49 - 5.44)	<0.001
ภาวะซึมเศร้า	19.54	5.45	ปานกลาง	14.12	4.35	เล็กน้อย	5.42 (3.55 - 7.28)	0.0022

4. การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบ 5 ขั้นตอน ผ่านการประชุมผู้นำชุมชนในท้องที่และผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนพื้นที่ตำบลจรัส ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่ผู้วิจัยนำเสนอ และได้เสนอสิ่งที่เป็นข้อจำกัดและเป็นจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน ในปี 2567 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย อีกทั้งยัง มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 43.3[6] จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 5 กิจกรรม คือ 1) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนและผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นการสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญอยู่และที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านในพื้นที่ จะต้องรับรู้ถึงสาเหตุที่ต้องอยู่ตามลำพัง ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ ผลกระทบจากการอยู่ตามลำพัง ความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของแต่ละคนเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน ความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประยชน์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกันนิษฐา มาเห็ม และคณะ[11] ที่ได้เสนอแนวทางการรับมือจากชุมชนที่พึงทำได้ เช่น การจัดพื้นที่สาธารณะออกกำลังกายที่เพียงพอและปลอดภัย การส่งเสริมโภชนาการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้อย่างทั่วถึง สนับสนุนการพัฒนางานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น การทำงานจากบ้าน หรือการทำงานที่มีความยืดหยุ่นในเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถและสุขภาพของตน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งด้านการดูแลประคับประคองตามอาการ การเยี่ยมบ้าน ด้านสภาพความเป็นอยู่ และเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเกื้อหนุน ครอบคลุมทุกด้าน[4] ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือการมีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่เปิดโอกาสให้เพื่อนผู้สูงอายุหรือเพื่อนร่วมวัยได้ดูแลเพื่อนกันเอง มีความไว้วางใจกัน ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีมิตรภาพที่ดี ช่วยเหลือพึ่งพาต่อกัน โดยเป็นผู้ให้การดูแลรอง (Secondary caregiver) ทำหน้าที่ช่วยผู้ให้การดูแลหลักแค่บางส่วนเท่านั้น เช่น มีหน้าที่พาผู้ได้รับการดูแลไปพบแพทย์ตามนัด หรือมาดูแลแทนผู้ให้การดูแลหลักบางช่วงเวลา การเยี่ยมเยียนพบปะพูดคุยตามประสาเพื่อนกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะเป็นผู้เลือกเพื่อนร่วมวัยเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของกีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และคณะ[12] ที่พบว่า เพื่อนร่วมวัยสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพที่เสียไปได้ ในด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องรายได้ ส่วนใหญ่ได้จากการประกอบอาชีพ ค้าขาย อสม. การสนับสนุนจากบุตรหลาน ญาติ (ประจำ/ครั้งคราว) ตลอดจนเบี้ยยังชีพ ซึ่งไม่เพียงพอ กระทบต่อความมั่นคงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สังวร และคณะ[13] จึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านการเงินและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ได้แก่1) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-78 ปี) และ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือและมีภาวะพึ่งพิงมากคือ ผู้สูงอายุตอนปลาย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลแยกเป็นรายกรณี ส่วนผู้สูงอายุตอนต้น ทุกคนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ในระดับไม่เป็นการพึ่งพาส่วนชีวิตประจำวันของบุคคล ด้านอื่นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัย วิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำ เป็นต้น 2) ด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จึงมีปัญหาสุขภาพแทบจะทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องจัดการชีวิตและพึ่งพิงปรับตัวตามสภาพวัย และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อดูแลสุขภาพตนเพิ่มขึ้นด้วยการปฏิบัติตนโดยทั่วไปเพื่อป้องกัน รักษา และประคับประคอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้กายอุปกรณ์ช่วยพยุงการเคลื่อนไหวทรงตัว การจัดหาฟันปลอม และการจัดกล่องยาโรคประจำตัวไว้โดยเฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา แสนสีหา และคณะ[14] ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 94 มีความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและฟัน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ควรมีการจัดหาฟันปลอมให้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์ และคณะ[15] ดังนั้น การพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งระดับชุมชน ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ที่ต้องให้การดูแลด้านสุขภาพ และ 3) ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักเกิดอารมณ์เหงา สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[13, 14, 16, 17] อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายได้พยายามปรับตัวจัดการกับอารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ที่มากระทบจิตใจตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทำจิตใจให้ร่าเริง ไม่เครียด จึงจำเป็นต้องทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก เช่น การออกกำลังกาย การทำสวน เลี้ยงสัตว์ เข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของชมรม การปฏิบัติงานช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองทำได้ หรือเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรมประเพณีในเขตชุมชน จะช่วยลดปัญหาความเหงา ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ โดยภาคีเครือข่าย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ รพ.สต. จะเป็นหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หน่วยงานและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวัย อสม. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ซึ่งยังต้องดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น จากการประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังนั้นรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลพังดีขึ้น เพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือ

กันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยรัตน์ กันทะ[18]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ จัดให้มีผู้ดูแลอย่างพอเพียง

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.วรางคณา บุตรศรี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2565;6(3):57-70.

2.The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2018. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.; 2019.

3.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.

4.กมลภู ถนอมสัตย์. การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):1-12.

5.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567 [Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559.

6.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขปี 2567 สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 2567.

7.Manorat P, Suthana P. Model of a volunteer mental network to improve mental health in the elderly living alone. Uttaradit: Boromarajonani college of Nursing Uttaradit; 2012.

8.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.

9.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิชา นาไวย์, วราภรณ์ ยศทวี. คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):61-71.

10.กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). สารศิริราช 2537;46(1):1-9.

11. กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, รัชนี พจนา, ภาสินี โทอินทร์, พัฒนี ศรีโอษฐ์. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย : การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;3(2):138-47.

12. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):15-24.

13. สุจิตรา สังวรณ์, ดุษฎี จันทรบุศย์, รัชนีย์ ศรีสุทธิสัมพันธ์, ทัศนีย์ วิรานุวัตร, จีรณัฐดา มีมุข. การมีส่วนร่วมของภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2561;15(2):28-39.

14. ลัดดา แสนสีหา, จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, นิตยา จันทบุตร, ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล, อรุณี สุวรรณโชค. ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;16(1):114-27.

15. ศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์, สายพิณ หัตถีรัตน์, จิตติมา บุญเกิด, เรือนขวัญ กัณหสิงห์. ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมือง วางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร:การศึกษาเชิงคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(4):438-44.
16. กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2561;1(2):33-8.
17. มธุรส สว่างบำรุง, ธีรยุทธ วิสุทธิ. การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(1):128-42.
18. ทิพยรัตน์ กันทะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):451-9.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี

Effects of Discharge Planning to Knowledge and Anxiety among Mothers Infants Body Weight lesser than 2500 gms in Sick Newborn the Chonburi hospital.

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ดวงแก้ว ไตรแดง[1] ปิยะนุช จันทร์คูณ[2] พนิตนาฏ รัศมีธรรมกุล[3]
Duangkaew Tridaeng[1] Piyanuch Chankhun[2] Phanitnat Ratsamithamkun[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน - หลัง (One group Pre - Posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 35 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .774 , 0.837และ 0.901 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หลังเข้าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หลังเข้าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายลดลงเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการของมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ระดับมาก 2 ลำดับแรก คือ ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้านได้ เท่ากับ 4.77 และเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ การตอบคำถาม เท่ากับ 4.74
คำสำคัญ: วางแผนจำหน่าย, มารดาทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม, ความรู้, ความวิตกกังวล

ABSTRACT

This research was pre-experimental research with a one-group pre-posttest design to compare the knowledge, anxiety, and satisfaction of mothers in caring for infants weighing less than 2,500 grams before and after using the discharge planning program. The sample consisted of 35 mothers with infants weighing less than 2,500 grams who were admitted to the neonatal ward at Chonburi Hospital. Purposive sampling was used, with the researcher considering the eligibility criteria for inclusion. The research period was from February 2023 to November 2023. The research instruments included the discharge planning program for mothers with premature infants weighing less than 2,000 grams, a general information questionnaire, a knowledge questionnaire, an anxiety assessment form, and a satisfaction assessment form. The Cronbach's

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลกุมาร โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: kaew_2298@hotmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลกุมาร โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาลกุมาร โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

alpha coefficient reliability was .774, 0.837, and 0.901, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results of the research found that The mean score of knowledge of mothers in caring for infants weighing less than 2,500 grams after entering the discharge planning program increased significantly. The mean score of anxiety of mothers in caring for infants weighing less than 2,500 grams after entering the discharge planning program decreased significantly. The mean score of satisfaction with the service of mothers with infants weighing less than 2,500 grams at the first 2 levels of high, namely, being able to apply the knowledge gained to continuously care for the infant at home, was 4.77, and the staff had knowledge and ability to provide services and answer questions, was 4.74.

Keywords: discharge planning, mothers of infants weighing less than 2,500 grams, knowledge, anxiety

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกเสียชีวิต มากที่สุด สำหรับประเทศไทยยังคงมีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในอัตราสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 แต่ในเขตจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2563 -2565 พบทารกแรกเกิด ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.21, 8.78 และ 7.16 ตามลำดับ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยส่งผลให้เกิดปัญหาต่อหลายระบบของร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อ และภาวะพร่องออกซิเจน เป็นต้น ทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการแก้ไขและช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และยิ่งทารกมีน้ำหนัก น้อยมากยิ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เช่น เครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์การให้ออกซิเจน เครื่องควบคุมอุณหภูมิหรือตู้อบ อุปกรณ์การให้สารน้ำและอาหารทดแทนทาง หลอดเลือดดำ นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมีการทำงานของระบบประสาทกลไกการย่อยและ การดูดซึมยังไม่สมบูรณ์ มีผลให้ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ในที่สุด อีกทั้งทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยยังส่งผลต่อครอบครัว ทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและพัฒนาการของทารก และกลัวว่าทารกจะมีโอกาสติดเชื้อ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ มารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ต้องเผชิญกับความรู้สึกเครียด วิตกกังวลและความกลัวทั้งในส่วนของความปลอดภัย การรักษาที่ทารกได้รับ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดามีความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ อาจทำให้มารดามีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย มีความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า เสียใจ และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รู้สึกเครียดที่เห็นรูปร่างหน้าตาของบุตร และเครียดกับการที่ต้องถูกแยกจาก ทำให้เกิดปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในระยะยาว[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย มีประโยชน์ต่อตัวทารกและมารดา คิดเป็นร้อยละ 88.6[2] และการเตรียมบิดามารดาให้ได้สร้างปฏิสัมพันธ์กับทารกมีน้ำหนักน้อยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการกระตุ้นให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันในครอบครัวขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล[3] นอกจากนั้น ยังพบการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย พบว่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลมารดาภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น 35.27 คะแนน จากผลงานวิจัยหลายฉบับ สรุปว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลของมารดา ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลมารดาที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และเพื่อให้มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมต่อไป หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ของทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาลต้องสิ้นเปลืองเวลา ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญและจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของบิดามารดาหรือผู้ดูแลทารกกลุ่มนี้ จึงมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยใช้กรอบแนวคิด D-METHOD เป็นเครื่องมือ ทั้งนี้เพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดการเจ็บป่วยและการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น

2. หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลลดลง

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน - หลัง (One group Pre - Posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี และขณะทำการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในการดูแลทารกและมีความวิตกกังวลลดลง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มีบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารก แรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลชลบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ใช้สูตร (Two dependent means) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย ดังนี้

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

เมื่อกำหนดค่า

SD.(σ) = 1.83, Delta (Δ) = 0.95

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964

Beta (β) = 0.20, Z(0.800) = 0.841621

Sample size (n) = 30

และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 จึงเก็บข้อมูลจำนวน 35 ราย

โดยเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ มารดาที่มีบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ผู้ที่มีสัญชาติไทย ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ ด้วยอุปกรณ์อิเล็คโทรนิกและใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาไม่สามารถ พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ มารดาไม่สามารถใช้อุปกรณ์อิเล็คโทรนิกและใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ได้ ทารกที่กลับไปให้เครื่องช่วยหายใจ ทารกที่ย้ายไปตึกทารกแรกเกิดป่วย 2 หรือ NICU ส่วนเกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria) มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิด และปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ ใช้แบบสอบถามที่มีตัวเลือก 2 ข้อ จำนวน 30 ข้อ ใช้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้านการมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาแพทย์ ความรู้ของมารดาที่มีทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยแบ่งเป็น 3 ข้อ โดยแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้ ตัวเลือก 3 ข้อ คือ คำถามเชิงบวก ใช่ +1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน ไม่ทราบ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ใช่+1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน ไม่ทราบ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[4] แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 = 18-23 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 =24-30 และคะแนนระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์มีจำนวน 20 ข้อประกอบด้วย ข้อความแสดงความรู้สึกกังวลด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงอารมณ์หรือการกระทำทางบวก 7 ข้อ และเป็นข้อความที่แสดงถึงอารมณ์ หรือการกระทำทางลบ 13 ข้อ ข้อความทางบวกได้แก่ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 19 ข้อความทางบวก ได้แก่ข้อที่ 3, 8, 11, 12, 13, 17, 20 ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) 4 ค่า ดังต่อไปนี้หมายเลข 1 ไม่มีเลยหรือน้อยครั้ง หมายถึงในขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความ นั้นเลย ถ้ามีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก หมายเลข 2 มีบางครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้น เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย หมายเลข 3 ค่อนข้างมาก หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หมายเลข 4 มากที่สุดหมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้น เกิดขึ้นมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถามที่มีตัวเลือก 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตอบข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราวัดแบบอิงกลุ่มของ Best (1970) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ กำหนดการแปลค่าคะแนนดังนี้ คะแนน 1.00 - 2.33 ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย คะแนน 2.34 - 3.66 ระดับปานกลาง คะแนน 3.67 – 5 ระดับสูง/ดี/มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) และนำไปปรับปรุงคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป นำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย (กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficinent Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 0.868 แบบวัดความวิตกของมารดาที่มีทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 0.721 และส่วนของความพึงพอใจเท่ากับ 0.75

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจดีแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบอย่างละเอียด ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของคำตอบ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อการบริการ

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ตอบแบบสอบถามในวันที่ 1 ของการมาเยี่ยมบุตร ชี้แจงแนวทางการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โดยการให้ข้อมูลจากแผ่นพับ และคำแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามปกติ และให้มารดาทำแบบสอบถามครั้งที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวล หลังจากนั้นให้ข้อมูลด้วยวิธีใช้สื่อสำเร็จรูป QR Code, วีดีโอ เพิ่มเติมและผู้วิจัยนัดมารดามาตอบแบบสอบถามเดิมครั้งที่ 2 อีกครั้งในวันที่ 3 ของการมาเยี่ยมบุตร โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.2 วันที่ 2 ที่มารดามาเยี่ยมบุตรจะให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยของทารกแก่บิดา-มารดา ให้คำแนะนำการบีบเก็บน้ำนมให้ข้อมูลความรู้โดยใช้เอกสารแผ่นพับ ตามแนวทาง D-MTHOD โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.3 วันที่ 3 ที่มารดามาเยี่ยมบุตรให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบวัดความวิตกกังวลและตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของมารดา (Pre-test) อธิบายการใช้ QR Code ความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่าย โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.4 เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายทารก มารดาฝึกทักษะการปฏิบัติการป้อนนมและการป้อนยาและการสังเกตอาการผิดปกติ โดยมารดานอนฝึกเลี้ยงทารกที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน

3. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของมารดา (Post-test) แบบประเมินความพึงพอใจ หลังจากเข้าโปรแกรมการเรียนรู้และการฝึกทักษะ 1 ครั้ง จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัย กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และปิดการวิจัยโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. นำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม มาให้คะแนน ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้ สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลชลบุรี 53/66/N/h1 กลุ่มตัวอย่างตกลงยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการมีสิทธิ์ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การถอนตัว จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน ใบยินยอมในการรวบรวมข้อมูล และจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง มีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเป็นภาพรวม หลังจากงานวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เอกสารในการเก็บข้อมูลถูกทำลาย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.3 , ประวัติการตั้งครรภ์ เป็นมารดาครรภ์แรกมากถึงคิดเป็นร้อยละ 65.7, อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ที่ 34 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 34.3 , จำนวนการคลอดก่อนกำหนด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 , จำนวนการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.7 , ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.9 , ระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 , ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 54.3

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 23.8 และหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 27.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการใช้โปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	23.8	4.109	-7.112	.000
หลังการใช้โปรแกรม	27.9	1.862		

3. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 40.9 และหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 40.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่าย ของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ความวิตกกังวล	$\overline{X}$	S.D.	t	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	51.8	5.581	7.567	.000
หลังการใช้โปรแกรม	38	5.947		

4. ความพึงพอใจของมารดาต่อการบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.6) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมาก 3 ลำดับแรก ดังนี้ ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้านได้ ($\overline{X}$ =4.77) เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ การตอบคำถาม ($\overline{X}$ =4.74) ท่านได้รับการฝึกทักษะการดูแลบุตรก่อนกลับบ้าน เช่น การป้อนนม การป้อนยา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาบุตรมาพบแพทย์ ($\overline{X}$ =4.71)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

ภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย รายละเอียดดังนี้ ให้มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อย 2,500 กรัม จำนวน 35 คน ทำแบบสอบถามความรู้ก่อนการทดลองและดำเนินการทดลอง โดยการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD และแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งมีการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 30-40 นาที ประกอบด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ , QR Code และเอกสารแผ่นผับ การสอนและสาธิตวิธีปฏิบัติ การดูแลทารกโดยให้มารดาดูแลผ่านหุ่นจำลองก่อน ให้มารดาฝึกปฏิบัติจริงจนมารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมั่นใจ ภายใต้การสังเกต นิเทศ และประเมินผลโดยพยาบาล ซึ่งมารดาจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกปฏิบัติจริงอย่างจริง อย่างน้อย 1 วัน หลังสิ้นสุดกระบวนการใช้โปรแกรมให้มารดาทำแบบสอบถามความรู้ และความวิตกกังวล หลังการทดลอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกิติยาพร สังฆศรีสมบัติ และชรินทร์พร มะชะรา[4] ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ =23.5 และ 21.20; t=4.57, p <0.05) และค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ =26.20 และ 24.90; t=2.88, p=0.003) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสาน โดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับการให้ความรู้ในรูปแบบการสอนที่น่าสนใจและทันสมัย ได้แก่ การให้ความรู้แบบอธิบายและสาธิต ภาพแผ่นพลิก วิดีทัศน์ หุ่นทารก และแอปพลิเคชั่น LINE OA

ความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 7.567, p = .000) โดยมีวิธีการประเมินความวิตกกังวลของมารดา รายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของ กัญญาณัฐ สิทธิภา, ฉวี เบาทรวง , และนันทพร แสนศิริพันธ์[5] ศึกษาความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า 1. มารดาหลังคลอดครั้งแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.50) มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์อยู่ในระดับต่ำ และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ 36.89 (S.D. = 7.08) 2. มารดาหลังคลอดครั้งแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.20) ระบุว่า สามี คือผู้ที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ89.20) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม 4.22 (S.D. = .57) 3. มารดาหลังคลอดครั้งแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.10) มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ของมารดาอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา 3.31 (S.D. = .22) 4. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23$, $p < .05$) 5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56$, $p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธิศา ล่ามช้าง และคณะ[6] ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความวิตกกังวล การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล กับการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝงระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ = 46.56, S.D. = 8.07, $\overline{X}$ = 43.52, S.D. = 7.75 ตามลำดับ) การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับ พยาบาลอยู่ระดับมาก ($\overline{X}$ = 71.92, S.D. = 9.32) และการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลันอยู่ระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 72.35, S.D. = 9.45) ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน แต่ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล ($rs = 0.34$, $p < .01$) และความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล($rs = -0.24$, $p < .05$) การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ($rs = 0.22$, $p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรเพิ่มการสื่อสารกับผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันทั้งการสื่อสาร ด้วยวาจาและการสื่อสารไม่ใช่วาจา ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและส่งเสริม ให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการชักจากไข้ได้อย่างเหมาะสม

ความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า มารดามีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล ผ่านสื่อ QR code ในระดับมาก และในหัวข้อเกี่ยวกับเนื้อหาการนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้านได้ มีความพึงพอใจมากที่สุด และเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ การตอบคำถามการรักษาที่จำเป็น มีความพึงพอใจมากรองลงมา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ไกรวงศ์,รัตนา หลีนุ่ม[7] ความพึงพอใจในงานของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.87±0.36 ซึ่งด้านลักษณะงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.11±0.42) ด้านค่าตอบแทนและ สวัสดิการมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (3.57±0.70) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3อันดับแรกคือ

1) งานที่ทำเป็นงานที่มีประโยชน์ (4.59±0.52) รองลงมา 2)ผู้ร่วมงานให้ความสนิทสนมเป็นกันเองและมี สัมพันธภาพที่ดีต่อท่าน (4.15±0.57) และ 3) การได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ลาศึกษาต่ออบรม ดูงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้(4.01±0.74) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า กลุ่มงาน ตำแหน่งปัจจุบัน และระดับ การศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.01

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดามีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่ามารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คือ เรื่องการดูแลทำคามสะอาดสะดือทารก พยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดป่วยควรเน้นการให้ความรู้เพิ่มขึ้น โดยฝึกทักษะการเช็ดสะดือทารกที่ถูกวิธีให้แก่มารดาทุกรายก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมารดาครรภ์แรก

2. การนำโปรแกรมการให้ข้อมูลนี้ไปใช้ ควรมีการอบรมพยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และแนวทางในการปฏิบัติวิธีการใช้สื่อ QR code ในแนวทางเดียวกันเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญาณัฐ สิทธิภา, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2560). ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก.
พยาบาลสาร 44(3), 30-40.
2. ปราณี ผลอนันต์ (2556) การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร 40(3) , 89-101.
3. สกลสุภา อภิชัจบุญโชค (2557) การเตรียมบิดามารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในการส่งเสริมพัฒนาการต่อที่บ้าน วชิรเวชสาร. 57(1) , 65-72.
4. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ และชรินทร์พร มะชะรา. (2563). ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลอุดรธานี. 8(2), 89-104.
5. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรีย์กมล รัชนกุล และเรณู พุกบุญมี (2555) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6(1), 27–39.
6. สุธิศา ล่ามช้าง และคณะ .(2560). ความวิตกกังวล การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล และการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน. พยาบาลสาร ปีที่ 44 (ฉบับที่ 1). มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2560 หน้า 74-85.
7. นิตยา ไกรวงศ์,รัตนา หลีนุ่ม.(2563) ความพึงพอใจในงานของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปี 12(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

การผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร

PRODUCTION OF ORGANIC FERTILIZER FROM HERBAL MEDICINE WASTE AND AGRICULTURAL WASTE.

(Received: March 23,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

ทรงกลด วัฒนพรชัย[1] นิสา พักตร์วิไล[2] สุนทรี จีนธรรม[2] และ ประวรดา โภชนจันทร์[2]
Songkrod Wattanapornchai[1] Nisa pakwilai[2] Soontaree Cheentam[2] and Praworada Pochanajun[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ใช้พื้นที่ศึกษาที่โรงผลิตยาสมุนไพร ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และห้องปฏิบัติการเคมีและความอุดมสมบูรณ์ของดิน ภาควิชาปฐพีวิทยา คณะเกษตร กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดนครปฐม วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่1 การเตรียมวัตถุดิบ ระยะที่ 2 การผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และ ระยะที่ 3 การทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ลักษณะของปุ๋ยเป็นชนิดผง มีสีน้ำตาลปนดำ มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ โดยจัดอยู่ในเกณฑ์ปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงที่กรมพัฒนาที่ดินกำหนดไว้

คำสำคัญ: การผลิตปุ๋ยอินทรีย์; กากยาสมุนไพร; วัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร: การจัดการสิ่งแวดล้อม

Abstracts

This research aimed to study the appropriate ratio of herbal waste and agricultural waste to produce organic fertilizer and to test the properties of organic fertilizer from herbal medicine waste and agricultural waste. This research was an experimental research using the study area at the herbal medicine factory, Khlong Si Subdistrict, Khlong Luang District, Pathum Thani Province and the Soil Chemistry and Fertility Laboratory, Department of Soil Science, Faculty of Agriculture, Kamphaeng Saen, Kasetsart University, Nakhon Pathom Province. The research methodology was divided into 3 phases: Phase 1: Raw material preparation, Phase 2: Organic fertilizer production, and Phase 3: Testing the properties of organic fertilizer. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the research found that organic fertilizer from herbal medicine waste and agricultural waste was in the form of powder and dark brown colour with a pH of 8.92 and an electrical conductivity of 1.08 decisiemens per meter. The organic matter content is 38.47 percent, the carbon to nitrogen ratio is 16:1, the total nitrogen is 1.42 percent, the total phosphorus is 1.54 percent, and the total potash is 0.74 percent, respectively, which are classified as high-quality organic fertilizers as specified by the Land Development Department.

Keywords: Organic fertilizer production; Herbal medicine residue; Agricultural waste; Environmental management

---

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author
E-mail:ajsoonaj@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาสำคัญของโลกและของทุกประเทศ โดยเฉพาะปัญหาภาวะโลกร้อน ซึ่งเกิดจากก๊าซเรือนกระจกและทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น ปัญหาการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ปัญหามลภาวะจากขยะมูลฝอย ปัญหามลพิษทางอากาศ ปัญหาป่าไม้ถูกทำลาย ปัญหาด้านพลังงาน และปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร ดังนั้น การใช้พลังงาน การบริโภคสินค้าและบริการในชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมดังกล่าว การแก้ไขปัญหาควรมีกฎระเบียบและนโยบายที่ทำให้ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติไปในทิศทางที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น[1]

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม มีทั้งทำนา ทำสวน และทำไร่ และยังมีการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรในระดับครัวเรือน และอุตสาหกรรมทางการเกษตรครบวงจรเพื่อนำผลผลิตทางการเกษตรออกสู่ตลาดทั้งในประเทศและส่งออกไปยังต่างประเทศ ทำให้มีกากและเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรและกากจากผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่หลากหลาย จึงมีการนำของเสียมาใช้ประโยชน์จำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการนำของเสียจากภาคการเกษตรมาใช้ประโยชน์เพื่อการผลิตพลังงานและปุ๋ยอินทรีย์ การนำของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมมาเป็นสารตั้งต้นในการผลิตพลังงานและปุ๋ยอินทรีย์ การนำวัสดุเหลือทิ้งจากการเกษตรมาหมักทำปุ๋ยและนำมาผสมทำดินปลูกต้นไม้รวมถึงการนำกากยาสมุนไพรที่แปรรูปแล้วนำกลับมาใช้ใหม่เพื่อเพิ่มมูลค่าในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์[1]

จังหวัดปทุมธานี ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตรปัจจุบันมีการส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์ เพื่อลดการเสื่อมสภาพของดินและการตกค้างของสารเคมีและปุ๋ยมีราคาสูงขึ้น สถานการณ์ราคาปัจจัยการผลิตปุ๋ยเคมีราคาขยับขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2563 ทำให้ราคาปุ๋ย ณ ปัจจุบันราคาเพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว และยังไม่มีแนวโน้มจะลดลง เนื่องจากปัจจุบันราคาวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตปุ๋ยเคมีปรับตัวสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปุ๋ยยูเรีย (UREA) แอมโมเนียมซัลเฟต (AS) ไดแอมโมเนียมซัลเฟต (DAP) และโปแตสเซียมคอไรด์ (MOP) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อเกษตรกร เนื่องจากไทยต้องนำเข้าวัตถุดิบปุ๋ยเคมีมาจากต่างประเทศเกือบร้อยละ 100 เพื่อนำมาผลิตปุ๋ยให้เพียงพอต่อความต้องการ จากสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ปุ๋ยเคมี ระบบการผลิตเกษตรอินทรีย์ที่มุ่งเน้นการใช้ ปุ๋ยอินทรีย์แทนปุ๋ยเคมี จึงถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขปัญหา โดยปุ๋ยอินทรีย์นอกจากจะมีประสิทธิภาพในการช่วยปรับปรุงโครงสร้างดิน เช่น การอุ้มน้ำและการถ่ายเทอากาศในดินแล้วยังมีธาตุอาหารหลัก ธาตุอาหารรองและธาตุอาหารเสริมที่เป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของพืชรวมอยู่ด้วย อีกทั้งปุ๋ยอินทรีย์ที่ผลิตจากขยะอินทรีย์ชนิดต่าง ๆ ยังเป็นการช่วยลดปริมาณขยะ และช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า พืชผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์มีแนวโน้มของการสะสมปริมาณไนเตรตน้อยกว่าพืชผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยเคมี[2] ปุ๋ยอินทรีย์ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ ปุ๋ยคอก ปุ๋ยหมัก และปุ๋ยพืชสด ความสำคัญของปุ๋ยอินทรีย์ในการปรับปรุงดินโดยทั่วไปคือการปรับปรุงสมบัติต่าง ๆ ของดินให้เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืช สมบัติทางภายภาพของดิน ปุ๋ยอินทรีย์ส่งเสริมให้อนุภาคของดินจับตัวเป็นก้อนทำให้ดินมีโครงสร้างที่ดี และร่วนมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีการระบายน้ำดี ความสามารถในการอุ้มน้ำเพิ่มขึ้น สมบัติทางเคมีของดินสามารถเพิ่มปริมาณธาตุอาหารพืชในดิน เพิ่มความสามารถในการดูดซับธาตุอาหารพืชได้สูง เพิ่มความต้านทานการเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดต่างของดินและช่วยลดความเป็นพิษของธาตุอาหารบางชนิด สมบัติทางชีวภาพของดิน

ปุ๋ยอินทรีย์สามารถเพิ่มแหล่งธาตุอาหารของจุลินทรีย์ดินและช่วยยับยั้งการเจริญและการเกิดโรคพืชของเชื้อโรคบางชนิดได้[3]

ปุ๋ยอินทรีย์เป็นปุ๋ยที่ได้จากการนำวัสดุอินทรีย์เหลือใช้ต่าง ๆ รวมถึงมูลสัตว์นำมาหมักรวมกัน แล้วปรับสภาพให้ให้เกิดการย่อยสลายโดยกิจกรรมของจุลินทรีย์ จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ได้สารอินทรียวัตถุที่มีลักษณะสีคล้ำ ดำ โดยในการผลิตปุ๋ยหมัก การย่อยสลายปุ๋ยหมักเกิดจากกระบวนการย่อยสลายที่สำคัญ 3 ระยะ โดยในระยะแรกเป็นการย่อยสลายสารอินทรีย์ที่มีขนาดใหญ่ให้มีขนาดเล็กจากลุ่มของแมลงหรือสิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ ระยะที่สองเป็นการย่อยสลายสารอินทรีย์ขนาดเล็กจากลุ่มจุลินทรีย์ในดิน ได้แก่ แบคทีเรีย เชื้อราและยีสต์ และระยะสุดท้าย เป็นระยะที่เมื่อกองปุ๋ยมีความร้อนเกิดขึ้นและจุลินทรีย์ในกลุ่มเทอร์โมฟิลิคจะเข้ามาย่อยสลายต่อจนเกิดเสถียรภาพกลายเป็นปุ๋ยหมักโดยสมบูรณ์[4] ปุ๋ยหมักเป็นวัสดุที่มีสมบัติในการปรับปรุงของดินให้เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืช การใส่ปุ๋ยหมักในพื้นที่ทางการเกษตรส่วนใหญ่จะช่วยในเรื่องปรับปรุงคุณสมบัติทางกายภาพของดินโดยเฉพาะดินที่ไม่ค่อยมีโครงสร้าง และดินที่มีสารอินทรีย์ต่ำ[5] ถ้าเป็นดินเนื้อละเอียด อัดตัวกันแน่น ปุ๋ยหมักจะช่วยให้ดินมีสภาพร่วนซุยมากขึ้น ทำให้การระบายน้ำและอากาศเกิดขึ้นได้ดีขึ้น สำหรับดินเนื้อหยาบที่ส่วนใหญ่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ การใส่ปุ๋ยหมักก็จะช่วยเพิ่มความอุดมสมบูรณ์ของดิน ทำให้ดินสามารถดูดซับน้ำได้มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถช่วยปรับปรุงดินในแง่อื่นๆ เช่น ช่วยลดการจับตัวเป็นแผ่นของแข็งหน้าดิน ทำให้การงอกของเมล็ดและการซึมของน้ำไหลลงไปในดินสะดวกขึ้น ช่วยในการบำรุงพืชให้เจริญเติบโตอุดมสมบูรณ์ และยังช่วยอนุรักษ์ดินและสิ่งแวดล้อม

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรในจังหวัดปทุมธานี พบปัญหาการทิ้งกากยาสมุนไพรให้รถขยะของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลนำไปกำจัดทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นๆ หากมีการนำกากยาสมุนไพรมาใช้ให้เกิดประโยชน์โดยการนำมาหมักปุ๋ย ก็จะช่วยลดปริมาณขยะและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและจะได้ปุ๋ยอินทรีย์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันแมลงจากสารสำคัญในสมุนไพรที่มีกลิ่นและรสช่วยไล่แมลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ซึ่งสอดคล้องกับหลักเศรษฐกิจหมุนเวียน (BCG Model) เพื่อหาแนวทางวิธีการที่จะเพิ่มมูลค่า สร้างรายได้สู่ชุมชน จึงได้ศึกษาวิธีการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์

2. เพื่อทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อหาอัตราส่วนที่เหมาะสมของกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตรในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์ และเพื่อทดสอบหาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพร ประกอบไปด้วย

1. ขั้นตอนการเตรียมวัตถุดิบ

1.1 สูตรปุ๋ยที่ทดลอง สูตร 1

อัตราส่วน 3 : 3 : 2 : 2 : 1 : 1

กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 (ประยุกต์จากสูตรปุ๋ยแม่โจ้)

ตารางที่ 1 อัตราส่วนผสมของวัสดุในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์

สูตรปุ๋ย	กากสมุนไพร (กิโลกรัม)	ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง (กิโลกรัม)	มูลวัว (กิโลกรัม)	รำข้าว (กิโลกรัม)	น้ำหมักชีวภาพ (กิโลกรัม)	สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 (ซอง)
ประยุกต์จากสูตรปุ๋ยแม่โจ้	3	3	2	2	1	1

หมายเหตุ: อัตราส่วนสำหรับผลิตปุ๋ยอินทรีย์ 10 กิโลกรัม

1.2 วัสดุที่ใช้ทำปุ๋ยอินทรีย์

รูปที่ 1 กากยาสมุนไพร

รูปที่ 2 ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง

รูปที่ 3 มูลวัว

รูปที่ 4 รำข้าว

รูปที่ 5 น้ำหมักชีวภาพ และสารเร่งซุปเปอร์ พด.1

2. ขั้นผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

2.1 วิธีการหมักปุ๋ย หมักใส่ตะกร้า และกล่อง 1) จัดหาพื้นที่โล่งระบายอากาศได้ดี 2) ชั่งตวงวัสดุตามอัตราส่วนที่ศึกษา ได้แก่ กากยาสมุนไพร วัสดุจากก้อนเชื้อเห็ดเก่า มูลวัว รำข้าว น้ำหมักชีวภาพ สารเร่งซุปเปอร์ พด.1 แล้วนำมาเทใส่กะละมัง คลุกเคล้าผสมกันให้ทั่ว 3) หมักปุ๋ยที่ผสมวัตถุดิบทั้งหมดแล้วนำมาหมักใส่ตะกร้าและกล่อง แล้วรดน้ำให้ชุ่ม และปิดฝาตะกร้าและกล่องให้มิดชิด เพื่อป้องกันแมลงมาไข่ โดยทำการทดลอง 3 ซ้ำ 4) รอเวลา ประมาณ 40 วัน จุลินทรีย์จะย่อยสลายวัสดุให้เป็นปุ๋ยหมัก 5) ตรวจสอบความชื้น โดยทำการตรวจสอบความชื้นเป็นระยะทุก 7วัน หากแห้งเกินไปให้รดน้ำ 6) เมื่อครบกำหนดแล้วนำปุ๋ยออกมาผึ่งให้แห้ง และทำการเก็บตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างจากปุ๋ยหมักทั้ง 3 ซ้ำ แล้วนำมาคลุกเคล้าให้เข้ากัน บรรจุตัวอย่างปุ๋ยใส่ในถุงพลาสติค ปริมาณ 1 กิโลกรัม เพื่อนำไปวิเคราะห์คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ตามมาตรฐานกรมพัฒนาที่ดิน

3. การทดสอบหาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์

3.1 กระบวนการวิจัย

กระบวนการวิจัยในการผลิตปุ๋ยจากขยะอินทรีย์ แบ่งออกเป็นหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บและการคัดแยกขยะอินทรีย์ คัดแยกเฉพาะขยะอินทรีย์จากขยะทั่วไป เน้นกากยาสมุนไพร ก้อนเชื้อเห็ดเก่า และวัสดุที่สามารถย่อยสลายได้ 2) กระบวนการหมัก (Composting) ขยะอินทรีย์ที่ได้จะถูกนำมาหมักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้จุลินทรีย์ทำหน้าที่ย่อยสลายวัตถุอินทรีย์ให้กลายเป็นฮิวมัส กระบวนการหมักต้องควบคุมความชื้น อุณหภูมิ และการระบายอากาศเพื่อเร่งการย่อยสลาย 3) การใช้จุลินทรีย์เร่งการหมัก มีการใช้จุลินทรีย์หลากหลายสายพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น

แบคทีเรียและเชื้อราที่สามารถช่วยเร่งการย่อยสลายโดยใช้น้ำหมักชีวภาพ และสารเร่งซุปเปอร์พด.1 ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่ช่วยในการย่อยสลายอินทรียวัตถุ 4) การตรวจสอบคุณภาพ เมื่อกระบวนการหมักเสร็จสิ้น ปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จะต้องผ่านการตรวจสอบธาตุอาหารหลัก เช่น ไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และโพแทสเซียม รวมถึงสารอินทรีย์อื่นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าเหมาะสมสำหรับการใช้งานทางการเกษตร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ธาตุอาหารจากปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จากการหมักกากยาสมุนไพรและวัสดุอื่น

4.1 ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH; 1:2)

4.2 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า (เดซิซีเมนส์ต่อเมตร) (EC 1:10; dS/m)

4.3 ปริมาณอินทรียวัตถุ (เปอร์เซ็นต์) (Organic matter; %)

4.4 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/N ratio)

4.5 ไนโตรเจนทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total N; %)

4.6 ฟอสฟอรัสทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total P as PzOs; %)

4.7 โพแทชทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์) (Total KzO; %)

5.วิธีการวิเคราะห์คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์ โดยการเก็บตัวอย่างปุ๋ยอินทรีย์ส่งวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการเคมีและความอุดมสมบูรณ์ของดิน ภาควิชาปฐพีวิทยา คณะเกษตร กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร เป็นการประยุกต์ใช้สูตรปุ๋ยแม่โจ้โดยได้อัตราส่วนผสม 3 : 3 : 2 : 2 : 1 : 1 (กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : ซอง) กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด. 1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร

คุณสมบัติทางเคมีและทางกายภาพ		ค่า
ค่าความเป็นกรด-ด่าง	(pH; 1:2)	8.92
ค่าสภาพการนำไฟฟ้า (เดซิซีเมนส์ต่อเมตร)	(EC 1:10; dS/m)	1.08
ปริมาณอินทรียวัตถุ (เปอร์เซ็นต์)	(Organic matter; %)	38.47
อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน	(C/N ratio)	16:1
ไนโตรเจนทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total N; %)	1.42
ฟอสฟอรัสทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total P as PzOs; %)	1.54
โพแทชทั้งหมด (เปอร์เซ็นต์)	(Total KzO; %)	0.74

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ค่าไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ค่าฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และค่าโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ

รูปที่ 6 ปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จากการหมัก ในระยะเวลา 40 วัน

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลการศึกษา พบว่า อัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร เป็นการประยุกต์ใช้สูตรปุ๋ยแม่โจ้ โดยได้อัตราส่วนผสม 3 : 3 : 2 :2 : 1 : 1 (กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กิโลกรัม : กรัม) ประกอบด้วย กากยาสมุนไพร : ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง : มูลวัว : รำข้าว : น้ำหมักชีวภาพ : สารเร่งซุปเปอร์ พด. 1 ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะมีการดำเนินการทดลองตามอัตราส่วนที่มีการวิจัยและผ่านการตรวจวิเคราะห์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ของกรมวิชาการเกษตรและกรมพัฒนาที่ดิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัสมี ดาแม[6] ได้ศึกษา ผลของปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อการเจริญเติบโตของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้องานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตปุ๋ยอินทรีย์จำนวน 8 สูตร ซึ่งประกอบด้วยก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งผสมมูลวัว มูลแพะ และกากน้ำตาล (อัตราส่วน 3:1:1) หมักด้วยสารเร่งซุปเปอร์ พด.1 และหัวเชื้อ EM ในอัตราส่วนที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของปุ๋ยอินทรีย์ในการส่งเสริมการเจริญของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้อรา *T. harzianum* หลังจากการทดลองปลูกผักบุ้งเป็นเวลา 28 วัน พบว่า ปุ๋ยอินทรีย์สูตรที่ 7 ที่ผสมก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้ง มูลวัว มูลแพะ กากน้ำตาล และน้ำปุ๋ยชีวภาพในอัตราส่วน 3:1:1:4 ส่งเสริมการเจริญของผักบุ้งดีที่สุด โดยมีจำนวนใบ 10 ใบ ความยาวใบ 14.2 เซนติเมตร ความสูงของต้น 31.8 เซนติเมตร ปริมาณแบคทีเรียทั้งอยู่ในช่วง 4.5×10^{7} ถึง 8.8×10^{7} CFU ต่อมิลลิลิตร และปริมาณเชื้อ *T. harzianum* อยู่ในช่วง 1×10^{5} ถึง

1.2.×10^7 CFU ต่อมิลลิลิตร ค่าความเป็นกรด-ด่าง อยู่ในช่วงที่เหมาะสมคือ 6.12-6.86 จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า ปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดเหลือทิ้งมีประสิทธิภาพในการพัฒนาเป็นปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการค้าต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของวารีรัตน์ แสนมาโนช[7] ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพของปุ๋ยหมักก้อนเชื้อเห็ดเก่าด้วยแอคติโนมัยสีทต่อการเจริญและการเกิดโรคของต้นหอมที่เกิดจากเชื้อรา การปรับปรุงคุณภาพของก้อนเชื้อเห็ดเก่าจากการเพาะเห็ดนางฟ้า (*Pleurotus pulmonarius*) โดยนำก้อนเชื้อ เห็ดเก่ามาผ่านกระบวนการหมักแบบกองปุ๋ยร่วมกับเชื้อแอคติโนมัยสีท จำนวน 2 ไอโซเลท ที่แยกจากดินรอบรากต้นหอม ในแปลงปลูกแบบอินทรีย์ พบว่า มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อรา *Sclerotium rolfsii* และ *Fusaruim oxysporum* สาเหตุโรคพืชในดิน ร้อยละ 63 และ 80 ตามลำดับ หลังเสร็จสิ้นกระบวนการหมัก 45 วัน ปุ๋ยหมักจากก้อนเชื้อเห็ดเก่าที่ได้ มีลักษณะทางกายภาพและมีปริมาณธาตุอาหารที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของต้นหอม ปุ๋ยหมักมีสีน้ำตาลดำ ร่วนซุย ค่าความเป็นกรด – ด่าง เท่ากับ 8.0 ค่าคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/N ratio) เท่ากับ 16.5 ปริมาณไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และโพแทสเซียม เท่ากับ 0.52, 0.19 และ 0.54 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ส่งผลที่ดีต่อการเจริญและการป้องกัน กำจัดเชื้อราก่อโรคพืชของต้นหอมได้มากกว่าการใช้ก้อนเชื้อเห็ดเก่าที่ไม่ผ่านการหมักและไม่เติมแอคติโนมัยสีท ในสภาพ โรงเรือนทดลอง

2.ผลการศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและเศษวัสดุทางการเกษตร มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 8.92 ค่าสภาพการนำไฟฟ้า เท่ากับ 1.08 เดซิซีเมนส์ต่อเมตร ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 38.47 อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจน เท่ากับ 16:1 ไนโตรเจนทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.42 ฟอสฟอรัสทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 1.54 และโพแทชทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 0.74 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสูตรปุ๋ยที่ได้ทำการทดลองใช้วัสดุที่เหลือทิ้งทางการเกษตรหมักผสมกับมูลวัว รำข้าว และจุลินทรีย์ในน้ำหมักชีวภาพและสารเร่งซุปเปอร์ พด.1 ทำให้มีธาตุอาหารหลัก ปริมาณอินทรีย์วัตถุ และค่าสภาพการนำไฟฟ้าผ่านเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรี รวยรื่น และคณะ[8] ได้ศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการผลิตและศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งในสวนวนเกษตร โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในภาคสนามแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์บ้านเขาเทพพิทักษ์ อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยหมักและวัตถุดิบที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยหมักสาหรับใช้ในการปลูกทุเรียนพื้นบ้านคลองแสง เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแบบ ผสมผสานประกอบด้วย การสำรวจ ทดลอง การสอบถาม สัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ทั่วไป บริบทชุมชน โดยทดลองหมักปุ๋ยแบบไม่พลิกกลับกองในพื้นที่จากส่วนผสมของวัตถุดิบที่แตกต่างกัน 2 สูตร ในระยะเวลา 45 วัน และ 60 วัน ผลการศึกษา พบว่า ปุ๋ยหมักสูตรที่ 1 (เศษวัชพืชและใบไม้:มูลสัตว์ ในอัตราส่วน 3:1) ที่ระยะการหมัก 60 วัน สามารถให้ปุ๋ยหมักที่มีคุณภาพดีที่สุดโดยมีธาตุอาหารหลัก คือ ปริมาณไนโตรเจน ฟอสฟอรัส โพแทสเซียม ค่าความชื้น ปริมาณอินทรียวัตถุ เท่ากับ ร้อยละ 2.88, 2.52, 1.85, 26.55 และ 36.85 ตามลำดับ ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) เท่ากับ 6.75 และอัตราส่วนระหว่างคาร์บอนต่อไนโตรเจน (C/N ratio) เท่ากับ 11:1 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ของกรมวิชาการเกษตร และมีดัชนีการงอก (Germination index; GI) ที่ความเข้มข้นของปุ๋ย

อินทรีย์อัตราส่วน 1:10 เท่ากับร้อยละ 149.71 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ที่ระบุไว้ว่าต้องมีค่าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ดังนั้นปุ๋ยหมักที่ใช้วัตถุดิบเป็นเศษใบไม้และวัชพืชจากสวนวนเกษตรมีความเหมาะสมสาหรับนำไปใช้เป็นวัสดุปรับปรุงดินในการเพาะปลูก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีอุบล ทองประดิษฐ์[9] ได้ศึกษา ผลของสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อธาตุอาหาร งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งที่มีธาตุอาหาร (N, P, K) มากที่สุดหลังการหมัก และสูตรใช้ก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งปริมาณมากที่สุดจากสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งจำนวน 5 สูตร โดยใช้ปริมาณก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งจำนวน 5 ระดับ คือ ร้อยละ 50, 60, 70, 80 และ 90 ผสมกับส่วนผสมระหว่างมูลไก่และมูลวัวจำนวน 5 ระดับ คือ ร้อยละ 50, 40, 30, 20 และ 10 ผลการวิจัยพบว่า สูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งที่มีธาตุอาหารมากที่สุดหลังการหมัก และสูตรที่ใช้ก้อนเชื้อเห็ดเหลือทิ้งปริมาณมากที่สุด คือ สูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งสูตรที่ 2 ซึ่งมีธาตุอาหาร N, P และ K เท่ากับร้อยละ 2.28, 2.63 และ 3.82 ตามลำดับ และใช้ก้อนเชื้อเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งร้อยละ 60 โดยจัดอยู่ในเกณฑ์ปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงที่ดีที่กรมพัฒนาที่ดินได้กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 เกษตรกรสามารถนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร โดยนำอัตราส่วนที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ในการทำปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร โรงงานผลิตยาสมุนไพร จากตลาดสด หรือจากโรงงานอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่มีวัสดุที่เหมาะสมในการทำปุ๋ยหมัก เช่น ขี้เลื่อย เค้กอ้อย กากถั่วเหลือง ชานอ้อย กากกาแฟ เป็นต้น

1.2 ผู้ประกอบการ หรือ วิสาหกิจชุมชน อาจนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร ไปผลิตปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการค้า และสามารถปรับสูตรได้ตามวัสดุเหลือทิ้งและวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นโดยนำวิธีการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการผลิตปุ๋ยคุณภาพสูง และนำปุ๋ยไปส่งตรวจวิเคราะห์มาตรฐานปุ๋ยอินทรีย์ให้ผ่านเกณฑ์และทำบรรจุภัณฑ์จำหน่าย สร้างเศรษฐกิจหมุนเวียน และเป็นการลดขยะโดใช้วิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม

1.3 หน่วยงานทางด้านเกษตรทุกภาคส่วนควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกษตรกรใช้ปุ๋ยอินทรีย์ เพื่ออนุรักษ์ดิน และแนะนำให้ทำปุ๋ยหมักโดยสามรถนำสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรไปเผยแพร่และปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของปุ๋ยอินทรีย์จากกากยาสมุนไพรและวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรต่อการเจริญเติบโตของพืชผักสวนครัว โดยวางแผนการทดลองตามระเบียบวิธีวิจัยทางการเกษตร เพื่อเป็นการยืนยันคุณภาพของปุ๋ยที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลเชิงประจักษ์

2.2 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรและวัสดุเหลือทิ้งจากโรงงานประเภทต่างๆที่เป็นอินทรียวัตถุ เพื่อลดขยะต่อสิ่งแวดล้อมและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยทำการทดลองหาอัตราส่วนที่เหมาะสมและวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพปุ๋ยตามสูตรที่มีอัตราส่วนต่างกันโดยเน้นปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูงเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ฉัตรชัย อินต๊ะทา. (2567). รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม. สำนักงานนโยบายแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย
2. พัชราภรณ์ ภู่ไพบูลย์. ศิริวัลย์ สร้อยกลุ่ม. วาสนา บัวงาม. (2552). การวิเคราะห์การสะสมไนเตรทในผักสด. รายงานการวิจัยสาขาพืช. การประชุมทางวิชาการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 47. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ..
3. บัญชา ชิณศรี. (2522). การสำรวจและประเมินความเสียหายจากโรครากปมของมันสำปะหลัง. KU สร้างสรรค์งานวิจัยและพัฒนามันสำปะหลังและผลิตภัณฑ์ต่อเนื่อง. คณะเกษตร ภาควิชาโรคพืช. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ [ม.ป.ป.].
4. ฐนียา รักษีสุริยะชัย และ กุลยา สาริชีวิน. (2561). การศึกษาการหมักปุ๋ยจากเศษอินทรียวัตถุด้วยการเติมอากาศร่วมกับการใช้ครูดเอมไซม์. วารสารวิศวกรรมศาสตร์ ราชมงคลธัญบุรี.16(2), 1-12.
5. Kranz, C.N., Mclaughlin, R.A., Johnson, A., Miller, G., & Heitman. J.L. (2020). The effects of compost incorporation on soil physical properties in Urban soils – a concise review. Journal of Environmental Management, 261 110209.
6. กัสมี ดาแม. (2566). ผลของปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อการเจริญเติบโตของผักบุ้งและอัตราการอยู่รอดของเชื้อ. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร. บทความวิจัย.
7. วารีรัตน์ แสนมาโนช. (2564). การเพิ่มประสิทธิภาพของปุ๋ยหมักก้อนเชื้อเห็ดเก่าด้วยแอคติโนมัยสีทต่อการเจริญและการเกิดโรคของต้นหอมที่เกิดจากเชื้อรา.จุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.วารสารเกษตรพระวรุณ.
8. วัชรี รวยรื่น. นรานันท์ ขำมณี. พงษ์ศักดิ์ นพรัตน์. (2565). การผลิตและศึกษาคุณสมบัติของปุ๋ยหมักจากวัสดุเหลือทิ้งในสวนวนเกษตร.วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสังคม. 2022-09-18.
9. ศรีอุบล ทองประดิษฐ์. (2564). ผลของสูตรปุ๋ยอินทรีย์จากก้อนเห็ดนางฟ้าเหลือทิ้งต่อธาตุอาหาร.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย 12(1) : 61-71 (2563).

อุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน

Incidence and factors causing risk of sepsis in early-term newborns Bang Pa-in Hospital.

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 30,2025 ; Accepted: March 31,2025)

อริษา พรหมเอื้อ[1]

Arisa Phromuea[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลบางปะอิน ในระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่าง เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 3 ปี จำนวน 1,679 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมารดาและข้อมูลทางเวชระเบียน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ และ การหาขนาดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังต่อไปนี้ ปัจจัยศึกษาในมารดา ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด, มารดามีไข้ขณะรอคลอด, มารดามีภาวะ chorioamnionitis, มารดามีน้ำเดินมากกว่า 18 ชั่วโมงก่อนคลอด, meconium stained amniotic fluid, มารดาคลอดไม่ปกติ หรือมีหัตถการในการช่วยคลอด, มารดาที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, มารดาที่คลอดนอกสถานพยาบาล, มารดาใช้สารเสพติด และปัจจัยศึกษาในทารก ได้แก่ ทารกเพศชาย, low birth weight, Birth asphyxia (APGAR score < 7 ในนาทีที่ 5), birth injury

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด, การติดเชื้อในทารก, อุบัติการณ์

Abstract

This study was survey research by cross sectional study aimed to examine the incidence and associated factors of early-onset sepsis in neonates at Bang Pa-In Hospital. This study investigated factors associated with early-onset neonatal infection by analyzing data from a sample of 1,679 neonates identified to be at risk, The study period is between 1 October 2020 and 30 September 2023, a total of 3 years. Data were collected through structured maternal questionnaires and medical records. Descriptive statistics were applied to determine frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistical analysis was conducted using the Chi-square test to explore associations between variables, while odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) were employed to estimate the strength and direction of these associations. A statistical significance threshold was set at $p < 0.05$.

Results: The study identified several factors significantly associated with the risk of early-onset neonatal infection at the 0.05 statistical significance level. These Maternal-related factors include: preterm delivery, premature rupture of membranes exceeding 18 hours before delivery, maternal fever > 38 degree Celsius, maternal chorioamnionitis, meconium stained amniotic fluid, maternal urinary tract infection, prolonged or instrumental labor, out-of-hospital delivery, non-sterile delivery conditions and maternal drug addict

Additional neonatal factors associated with infection risk include male infants, low birth weight, Birth asphyxia (a 5-minute APGAR score of less than 7), birth injury

Keywords: Neonate, Neonatal Sepsis, Incidence

บทนำ

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (HAIs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และค่ารักษาพยาบาล[1] ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HAI มากกว่า เนื่องจากมีความอ่อนไหวต่อการติดเชื้อ และความจำเป็นในขั้นตอนการ

[1] โรงพยาบาลบางปะอิน

รักษา ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ประเทศที่กำลังพัฒนาพบ อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด มากถึงร้อยละ 40.2 และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25.0[2] การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด จำเป็นต้องอาศัยอาการและอาการแสดงของทารกร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของมารดาและทารกเป็นหลัก แต่เนื่องจากอาการและอาการแสดงของทารกไม่จำเพาะ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความจำเพาะต่ำ จึงช่วยในการวินิจฉัยได้ไม่มากและการเพาะเชื้อในเลือด (hemoculture) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อให้ผลบวกค่อนข้างต่ำผลลบลวงสูง ดังนั้นในการวินิจฉัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากภาวะติดเชื้อของทารกแรกเกิดเป็นภาวะฉุกเฉิน อาจต้องทำการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทันที ทำให้ทารกบางรายอาจได้รับยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นและส่งผลทำ ให้มีการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นควรใช้แนวทางของมาช่วยในการวินิจฉัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[2] ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การติดเชื้อระยะแรก (early-onset neonatal sepsis : EOS) เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ เกิดจากปัจจัยมารดาและทารก เช่น มีน้ำเดินก่อน เจ็บครรภ์คลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมง หรือ มารดามีไข้ก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส และการติดเชื้อระยะหลัง (late-onset neonatal sepsis : LOS) เกิดขึ้นหลังเกิด 72 ชั่วโมงขึ้น ไป สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลังคลอด เช่น การได้รับ สารอาหารทางหลอดเลือด และการใส่สายสวนหลอด เลือด เป็นต้น ส่วนอาการทางคลินิกของการติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิดไม่เฉพาะเจาะจง แสดง อาการได้หลายระบบ เช่น ซึมลง (poor activity) อุณหภูมิกายผิดปกติ (body temperature instability) หายใจเร็ว (tachypnea) หายใจช้า (bradypnea) หรือหยุดหายใจ (apnea) เป็นต้น[3] ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย จึงใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ ติดเชื้อร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ในประเทศไทยพบ การติดเชื้อ EOS เป็นสาเหตุการตายของทารกใน อายุ 1 เดือน ร้อยละ 10.8[4] ดังนั้นการเฝ้าระวังและ ประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือดทารกระยะแรกมี ความสำคัญสามารถป้องกันไม่ให้การติดเชื้อรุนแรง และเกิดภาวะช็อกอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาระติดเชื่อในกระแสเลือด มีทั้งปัจจัยจากมารดาทารกและสิ่งแวดล้อม เช่น มารดามีการติดเชื้อหรือมีไข้ก่อนคลอดหรือการติดเชื้อในน้ำคร่ำ ทารกที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด นักหนักแรกคลอดน้อย ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะได้รับยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ ในบางรายอาจมีความจำเป็นต้องเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจหาการกระจายของเชื้ออีกด้วย[5] รวมถึงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมารดาที่ทา ให้ทารกมีโอกาสติดที่จะเกิดการติดเชื้อมากขึ้น ได้แก่การมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดนานกว่า หรือเท่ากับ 18 ชั่วโมงและมารดามีไข้มากกว่า หรือ เท่ากับ 38 องศาเซลเซียส[6] ทั้งนี้จากการศึกษาเพิ่มเติมยัง พบว่า หากมารดามีไข้ช่วงระยะเจ็บครรภ์คลอด นอกจากส่งผลเพิ่มการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแล้วยังเพิ่มอัตราการตายในทารกแรกเกิด[7,8] มารดาที่มีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ (mothers with lab confirmed infection) เช่น พบการติดเชื้อแบคทีเรียในเลือด การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ และการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด EOS ในทารกถึง 6.6 เท่า (95% CI: 3.9-11.2) ส่วนกลุ่ม ทารกที่มารดาตรวจพบแบคทีเรียในช่องคลอด โดยที่ ไม่มีอาการทางคลินิกของการติดเชื้อ (mothers with colonization) จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด EOS ถึง 9.4 เท่า (95% CI: 3.1-28.5) เมื่อทำการศึกษากลุ่มทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บ ครรภ์คลอดนานกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมง และทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด EOS 2.3 เท่า (95% CI: 1.0-5.4) และนอกจากนั้นยังมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของทารกที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่วงแรกเกิด ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม[9] ทารกคลอดด้วยเครื่องสุญญากาศ[10] ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด[9] และการที่ทารกได้รับสารอาหารจากหลอดเลือดดำ[4]

ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้นจึงแสดงให้เห็นถึงการติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตและพิการของทารกแรกเกิด การป้องกันโดยการตรวจคัดกรองและรักษาการติดเชื้อในมารดา การดูแลสุขอนามัยทารก จึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน

ขอบเขตของการวิจัย

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน ที่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก ของโรงพยาบาลบางปะอิน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 จากประชากรทั้งหมด 1,679 ราย และมีจำนวนผู้ติดเชื้อ (รายใหม่) = 295 คน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

อุบัติการณ์สะสมของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรกของโรงพยาบาลบางปะอินเท่ากับ ร้อยละ 17.51 หรือคิดเป็น 175 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดด้วยอาการทางคลินิกเป็นหลัก ทารกแรกเกิดที่สงสัยติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อในการเพาะเชื้อจากเลือด หรือน้ำไขสันหลัง อย่างไรก็ตามการเพาะเชื้อแบคทีเรียในเลือดทารกมีความไวค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 50-80 และผลลบลวงสูง ดังนั้นในทารกที่มีอาการทางคลินิกสงสัยภาวะติดเชื้อ จึงต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไปก่อน 5-7 วัน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันส่งผลให้เกิดอันตรายการชีวิต

จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านมารดา มีดังนี้

คลอดก่อนกำหนด: มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์กับการเกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก เป็น 6.0 เท่า (OR = 6.015, 95%CI = 4.102–8.820, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งแสดงว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงมากในการติดเชื้อ สอดคล้องกับ งานวิจัยของปิยดา พรใหม่ [10] ที่ระบุว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มโอกาสติดเชื้อระยะแรกถึง 4.83 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yego[11] ที่ชี้ว่า preterm birth เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อในทารกแรกเกิด และเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของทารกในหอผู้ป่วย NICU นอกจากนี้งานของ Alsheim[12] ยังเน้นว่า preterm birth ร่วมกับการมีน้ำเดินนาน (PROM) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อ *Group B Streptococcus (GBS)* ในทารกแรกเกิด

ผลการศึกษายังพบว่า **มารดาที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI)** มีความเสี่ยงที่ทารกจะติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึง 1.52 เท่า (OR = 1.518, 95%CI = 1.047–2.201, p = 0.029) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Raththi (2017)[13] ที่ระบุว่า UTI ของมารดาเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิด preterm labor และเพิ่มโอกาสของ neonatal infection โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์

Prolong PROM > 18 hour: จากการศึกษาพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชม มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 5.27 เท่า (OR = 5.270, 95%CI = 2.965–9.368, p = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ

Taylor[14] ที่รายงานว่า PROM เพิ่มโอกาสที่เชื้อจุลชีพจากช่องคลอดจะเข้าสู่โพรงมดลูก และอาจทำให้ทารกติดเชื้อในระยะคลอดหรือหลังคลอด

มารดามี Chorioamnionitis: มารดาที่มีการติดเชื้อถุงน้ำคร่ำมีโอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่า 52.6 เท่า (OR = 52.644, 95%CI = 2.903–954.739, p = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Higgins et al.[15] ที่แสดงให้เห็นว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มี chorioamnionitis มีความเสี่ยงในการเกิด EOS สูงขึ้นถึง 4–5 เท่า และต้องได้รับการประเมินทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ Tita & Andrews[16] รายงานว่าภาวะ chorioamnionitis ไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงของ sepsis เท่านั้น แต่ยังเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น respiratory distress syndrome (RDS), intraventricular hemorrhage (IVH) และ perinatal mortality และจากศึกษาของ Camacho-Gonzalez et al. (2013) ยังระบุว่า chorioamnionitis เป็นหนึ่งใน strong predictors ของ EOS และควรใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาเริ่มการให้ยาปฏิชีวนะแบบ empirical แก่ทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด

มารดามีไข้ > 38°C ขณะรอคลอด: มารดาที่มีไข้ขณะคลอดมีโอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่า 7.64 เท่า (OR = 7.644, 95%CI = 3.276–17.835, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wortham et al.[17] ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากทารกในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา พบว่ามารดาที่มีไข้ในช่วง intrapartum มีอัตราการเกิด EOS ในทารกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีไข้อย่างชัดเจน และควรพิจารณาเริ่มการให้ยาปฏิชีวนะแก่ทารกทันทีหลังคลอด นอกจากนี้ Tallman et al.[18] รายงานว่าไข้ระหว่างคลอดสัมพันธ์กับการปล่อยสาร inflammatory cytokines และเชื้อโรคจากทางเดินสืบพันธุ์เข้าสู่โพรงมดลูก ซึ่งเพิ่มโอกาสการติดเชื้อของทารกผ่านทางรกและน้ำคร่ำ โดยเฉพาะในกรณีที่มารดาไม่มีอาการติดเชื้ออื่นร่วม และ Camacho-Gonzalez et al.[19] ยังยืนยันว่าไข้ของมารดามักใช้เป็นหนึ่งในเกณฑ์การพิจารณา clinical sepsis และการเริ่มรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเชิงป้องกัน ซึ่งมีความจำเป็นต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด

Inadequate intrapartum prophylaxis: มารดาที่ได้รับยาปฏิชีวนะระหว่างคลอดไม่เพียงพอมีโอกาสที่ทารกจะติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2.22 เท่า (OR = 2.217, 95%CI = 1.597–3.077, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Verani et al.[20] ที่แสดงให้เห็นว่า IAP ที่ไม่ครบถ้วน (เช่น ได้รับ <4 ชั่วโมงก่อนคลอด หรือใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับเชื้อ GBS) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการเกิด early-onset sepsis ในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ Baker et al.[21] ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของแนวทาง CDC ปี 2010 ที่แนะนำให้เริ่มให้ IAP อย่างเหมาะสมและเพียงพอกับระยะเวลา เพื่อให้ได้ผลในการลดอัตราการติดเชื้อในทารก และพบว่าทารกที่มารดาได้รับ IAP ไม่ครบมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับตามแนวทาง และ Puopolo et al.[22] ยังได้รวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาในสหรัฐอเมริกา และเสนอเกณฑ์คัดกรองเพื่อประเมินทารกที่คลอดจากมารดาได้รับ IAP ไม่เพียงพอ เพื่อเริ่มยาปฏิชีวนะเชิงป้องกันหรือเฝ้าระวังใกล้ชิดมากขึ้น

วิธีการคลอดที่ไม่ปกติ: ทารกที่คลอดด้วยวิธีการไม่ปกติ ได้แก่ การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีความเสี่ยงต่อภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่าทารกที่คลอดปกติ 6.73 เท่า (OR = 6.730, 95%CI = 5.373–8.429, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการศึกษาพบว่าประวัติ**ทารกที่คลอดโดยการใช้หัตถการ** ได้แก่ vacuum หรือ forceps delivery นั้นความเสี่ยงติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึง 4.9 เท่า (OR = 4.896, 95%CI = 2.309–10.385, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yego[11] ที่ระบุว่าหัตถการในการคลอดและ prolonged labor เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในหอผู้ป่วย NICU และสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Ngoc et al.[23] ที่ชี้ให้เห็นว่าการคลอดโดยการใช้เครื่องมือหรือผ่าตัดฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงของ neonatal sepsis โดยเฉพาะเมื่อมีการแตกถุงน้ำคร่ำนานหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด กับงานของ Chan et al.[24] รายงานว่าการผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการติดเชื้อในทารกแรกเกิดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดแบบปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่

ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดตามมาตรฐาน และขณะที่ Tewabe et al.[25] (2017) พบว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดหรือการคลอดด้วยเครื่องมือมีความเสี่ยงเกิด neonatal sepsis สูงกว่ากลุ่มคลอดปกติถึง 3 เท่า ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดการปนเปื้อนเชื้อจากอุปกรณ์หรือภาวะช็อกจากการคลอดที่ยืดเยื้อ

Fetal distress ในระยะที่สองของการคลอด: ทารกที่มีภาวะเครียดขณะรอคลอดมีโอกาสเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่า 4.5 เท่า (OR = 4.481, 95%CI = 2.922–6.872, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rabiu et al.[26] ซึ่งรายงานว่าทารกที่คลอดในช่วงที่มารดามีภาวะ fetal distress ในระยะที่สองของการคลอด มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในช่วงแรกของชีวิต โดยเฉพาะกรณีที่ต้องมีการผ่าตัดคลอด ซึ่งพบความสัมพันธ์กับระดับค่า Apgar ที่ต่ำลง และความจำเป็นในการรับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) และสอดคล้องกับ Pergialiotis et al.[27] ได้ชี้ว่า การผ่าคลอดในระยะที่สองของการคลอด ซึ่งมักมีสาเหตุจากภาวะ fetal distress มีความเชื่อมโยงกับอัตราการติดเชื้อในทารกที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยอธิบายว่าระยะเวลาที่ทารกสัมผัสกับภาวะเครียดในครรภ์ที่ยาวนานอาจส่งผลต่อความไวของทารกต่อการติดเชื้อ เนื่องจากการลดลงของประสิทธิภาพระบบภูมิคุ้มกันและภาวะขาดออกซิเจนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคลอด

Meconium stained amniotic fluid: ทารกที่คลอดออกมาในน้ำคร่ำที่มีขี้เทามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อเพิ่มขึ้น 1.71 เท่า (OR = 1.713, 95%CI = 1.225–2.396, p = 0.002) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taksande et al.[28] ที่ศึกษาทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลรัฐของอินเดีย พบว่า MSAF เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจและ sepsis โดยเฉพาะในทารกที่มีภาวะสำลักขี้เทาร่วมด้วย นอกจากนี้ Yadav et al.[29] (2019) รายงานว่า ทารกที่คลอดออกมาในน้ำคร่ำขี้เทามีแนวโน้มได้รับการช่วยหายใจ และมีอัตราการติดเชื้อทางปอดและกระแสเลือดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีระยะเวลาระหว่างการแตกถุงน้ำคร่ำกับการคลอดยาวนาน และการศึกษาของ Shrestha et al.[30] ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสตรีและเด็กในเนปาล พบว่า การมีขี้เทาในน้ำคร่ำสัมพันธ์กับอัตราการเกิด neonatal sepsis ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และแนะนำให้มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในทารกที่คลอดในสภาวะดังกล่าว

การคลอดนอกสถานพยาบาล (BBA) เป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยพบว่าทารกมีความเสี่ยงติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึง 5.25 เท่า (OR = 5.251, 95%CI = 2.621–10.520, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Flanagan (2021)[31] รายงานว่า BBA เพิ่มความเสี่ยงเนื่องจากสภาพแวดล้อมการคลอดที่ไม่ปลอดเชื้อและขาดการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์

มารดาใช้สารเสพติด: มีโอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อสูงขึ้น 3.49 เท่า (OR = 3.494, 95%CI = 1.393–8.764, p = 0.010) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Patrick et al.[32] ที่ศึกษาทารกในระบบประกันสุขภาพของสหรัฐ พบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาใช้ opioid มีอัตราการเกิด sepsis และต้องรับเข้ารักษาใน NICU สูงกว่าทารกทั่วไปอย่างเด่นชัด และสอดคล้องกับงานของ Della Grotta et al.[33] ยังแสดงให้เห็นว่า การใช้สารเสพติดส่งผลต่อภูมิคุ้มกันของทารกในครรภ์ โดยเปลี่ยนแปลงกระบวนการอักเสบ (inflammatory response) และเพิ่มความไวต่อการติดเชื้อเมื่อต้องเผชิญกับเชื้อโรคหลังคลอด นอกจากนี้ Jansson & Velez[34] รายงานว่าเด็กแรกเกิดจากมารดาที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, ระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะหากเกิดการคลอดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำร่วมด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านทารก มีดังนี้

เพศบุตร: ทารกเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (OR = 1.401, 95%CI = 1.084–1.811, p = 0.010) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ Yassine et al.[35] และ Chishti et al.[36] ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือหลังการผ่าตัดในช่วงทารกแรกเกิดมากกว่าเพศหญิง โดยมี อัตราส่วนความเสี่ยง (OR) เฉลี่ยประมาณ 1.2–1.3

Birth asphyxia: มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพทารกแรกเกิดต่ำกว่า 7 กับการเกิดภาวะเสี่ยงติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก 174.7 เท่า (OR = 174.748, 95%CI = 10.477–2914.563, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ จารุภา คุณาธาทร[37] ที่พบว่าคะแนน Apgar นาทีที่ 1, 5, 10 ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ และ Hayun et al.[38] ที่รายงานว่า ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอดเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อถึง 14.05 เท่า

Low birth weight: ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำมีโอกาสเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อสูงกว่า 2.77 เท่า (OR = 2.771, 95%CI = 1.897–4.047, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chiang et al.[39] ที่ศึกษาทารก VLBW ในหน่วย NICU หลายแห่งในไต้หวัน พบว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงอย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลายประการ นอกจากนี้ Köstlin-Gille et al.[40] รายงานข้อมูลจาก German Neonatal Network โดยพบว่าอุบัติการณ์ของ early- และ late-onset sepsis ในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัมมีค่าสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า LBW เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงอิสระสำคัญต่อ neonatal sepsis ในระดับการวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ Belachew & Tewabe[41] ได้ทำ meta-analysis จากงานวิจัยในเอธิโอเปียและแอฟริกา พบว่าทารกน้ำหนักต่ำมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการเกิดภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด

Birth injury: ทารกที่เกิดภาวะบาดเจ็บจากการคลอดมีโอกาสเกิดภาวะสงสัยติดเชื้อมากกว่า 2.35 เท่า (OR = 2.348, 95%CI = 1.251–4.408, p = 0.010) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jain et al.[42] ที่รายงานว่า birth trauma โดยเฉพาะเมื่อเกิดร่วมกับการใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น vacuum extraction มีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ Leal et al.[43] ศึกษาในทารกแรกเกิดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดในบราซิล พบว่า การบาดเจ็บบริเวณศีรษะและเนื้อเยื่ออ่อนมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางกระแสเลือด และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในทารกที่มีแผลเปิดหรือ hematoma ในทำนองเดียวกัน Hassan et al.[44] ระบุว่า birth injury เป็นหนึ่งในตัวทำนายความเสี่ยงในการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทารกที่คลอดด้วยความยากลำบาก โดยเน้นย้ำถึงบทบาทของการบาดเจ็บจากการใช้ forceps หรือการคลอดที่มี prolonged labor ซึ่งเป็นการเปิดช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดของทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตาม (Follow-up study) เพื่อตรวจสอบผลกระทบระยะยาวของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดระยะแรก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น ทารกน้ำหนักน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด เพื่อประเมินพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สมอง และพฤติกรรมในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึก (Qualitative study) เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมของมารดา เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ รวมถึงทัศนคติของมารดาต่อระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นสาเหตุแฝงที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของทารกในการติดเชื้อ

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพระดับโมเลกุล เช่น สารอักเสบ (inflammatory markers), ระดับภูมิคุ้มกันในทารกแรกเกิด หรือพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อเชื้อโรค เพื่อให้เข้าใจกลไกการเกิดภาวะติดเชื้ออย่างลึกซึ้งมากขึ้น

4. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังโรงพยาบาลต่างระดับ ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อในแต่ละพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางนโยบายและแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมตามบริบท

5. ควรพัฒนาระบบข้อมูลแบบ Real-time เพื่อเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011;377:228–41.
2. World Health Organization (WHO). Sepsis [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis
3. สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภาพรรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. Approach to neonates with suspected sepsis: early-onset neonatal sepsis, highlights in neonatal problems. ใน: ฌานิภา โกษารัตน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์; 2561.
4. ศรัญญา ศรีจันท์ทองศิริ, ไกลตา ศรีสิงห์, จินันท์ วีรกุล. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558;45:256–71.
5. Leonard EG, Dobbs K. Postnatal infection. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh AC, editors. Fanaroff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2015. p.734–7.
6. Heath PT, Balfour GF, Tighe H, Verlander NQ, Lamagni TL, Efstratiou A. Group B streptococcal disease in infants: a case control study. Arch Dis Child. 2009;94:674–80.
7. Hornik CP, Fort P, Clark RH, Watt K, Benjamin DK Jr, Smith PB, et al. Early and late onset sepsis in very low-birth-weight infants from a large group of neonatal intensive care units. Early Hum Dev. 2012;8:S69–74.
8. Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE. Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013;10:e1001502.
9. Al-Matary A, Heena H, Alsarheed AS, Ouda W, Alshahrani DA, Wani TA, et al. Characteristics of neonatal sepsis at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. J Infect Public Health. 2019;12:666–72.
10. ปิยดา พรใหม่. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสงสัยติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลปราสาท. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2564;17(2):56–73.
11. Yego F. Maternal and neonatal mortality in Moi Teaching and Referral Hospital in Kenya [dissertation]. University of Newcastle; 2015. Available from: https://nova.newcastle.edu.au/vital/access/services/Download/uon:22516/ATTACHMENT02
12. Alsheim EEC. Development of a point of care test for maternal carriage of Group B Streptococcus (GBS) for prevention of neonatal infection [dissertation]. University of Bath; 2024. Available from: https://researchportal.bath.ac.uk/files/349183275/Emelie_Alsheim_PhD_Thesis_2024.pdf
13. Raththi NA. Study of association of urogenital infection as a risk factor for preterm labour: A case control study [thesis]. Kilpauk Medical College; 2017. Available from: https://scholar.google.com/scholar?cluster=6103424913082670534
14. Taylor A. Myles' pocket reference for midwives (e-book). Elsevier; 2017. Available from: https://123library.org/pdf/book/244984/myles-pocket-reference-for-midwives-e-book.pdf
15. Higgins RD, Saade G, Polin RA, et al. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: Summary of a workshop. Obstet Gynecol. 2016;127(3):426–36.
16. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. Clin Perinatol. 2010;37(2):339–54.
17. Wortham JM, Puopolo KM, Schrag SJ, et al. Epidemiology of early-onset neonatal sepsis: Results from population-based surveillance. Pediatrics. 2016;137(5):e20152323.
18. Tallman PS, Heine RP, Wrenn RR, Swamy GK. Intrapartum fever and neonatal sepsis. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):275.e1–9.
19. Camacho-Gonzalez A, Spearman PW, Stoll BJ. Neonatal infectious diseases: Evaluation of neonatal sepsis. Pediatr Clin North Am. 2013;60(2):367–89.
20. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-10):1–36.
21. Baker CJ, Rench MA, Edwards MS. Group B streptococcal infections in infants: The role of intrapartum antibiotic prophylaxis. Pediatrics. 2013;131(6):e1685–92.
22. Puopolo KM, Lynfield R, Cummings JJ. Management of infants at risk for group B streptococcal disease. Pediatrics. 2019;144(2):e20191881.
23. Ngoc, N. T. N., Merialdi, M., Abdel-Aleem, H., Carroli, G., Purwar, M., Zavaleta, N., ... & Villar, J. (2013). Causes of stillbirths and early neonatal deaths: Data from 7993 pregnancies in six developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 84(9), 699–705. https://doi.org/10.2471/BLT.05.027300
24. Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE. Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013;10:e1001502.

25. Tewabe, T., Mohammed, S., Tilahun, Y., & Kebede, B. (2017). Clinical outcome and risk factors of neonatal sepsis among neonates in Felege Hiwot referral hospital, Bahir Dar, Ethiopia: A retrospective chart review. BMC Research Notes, 10, 265. https://doi.org/10.1186/s13104-017-2573-8
26. Rabiu KA, Adewunmi AA, Akinola OI. Comparison of maternal and neonatal outcomes following caesarean section in second versus first stage of labour in a tertiary hospital in Nigeria. Niger Postgrad Med J [Internet]. 2011 [cited 2025 Jun 8];18(3). Available from: https://journals.lww.com/npmj/abstract/2011/18030/comparison_of_maternal_and_neonatal_outcomes.1.aspx
27. Pergialiotis V, Vlachos DG, Rodolakis A. First versus second stage caesarean section maternal and neonatal morbidity: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;175:15–20. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.12.035
28. Taksande A, Vilhekar K, Jain M, Zade P. Clinical outcome in meconium-stained amniotic fluid in neonates. J Clin Diagn Res. 2015;9(12):SC01–3.
29. Yadav RK, Sethi RS, Sethi AS, Choudhary M. Clinical study of meconium-stained amniotic fluid and its neonatal outcome. Int J Contemp Pediatr. 2019;6(4):1484–9.
30. Shrestha S, Shrestha R, Dongol A. Meconium-stained amniotic fluid and associated neonatal outcomes in a tertiary care center. J Nepal Med Assoc. 2020;58(222):523–7.
31. Flanagan B. Women birthing in paramedic care [dissertation]. University of the Sunshine Coast; 2021. Available from: https://research.usc.edu.au/esploro/outputs/doctoral/Women-Birthing-in-Paramedic-Care/99451115802621
32. Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, et al. Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures: United States, 2000–2009. JAMA. 2012;307(18):1934–40.
33. Della Grotta S, LaGasse LL, Arria AM, et al. Patterns of maternal methamphetamine use and child outcome. Pediatrics. 2010;125(5):1125–34.
34. Jansson LM, Velez M. Neonatal abstinence syndrome. Curr Opin Pediatr. 2011;23(2):252–8.
35. Yassine BA, Zohra BNF, Imane CM. The implications of random antibiotic use on the emergence of hospital-acquired infections in the neonatal unit, Brother Rahmani hospital, Algeria: A case study. J Public Health. 2025. Available from: https://jpublichealth.org/articles/1068.pdf
36. Chishti H, Saddiq AR, Zafar T. Evaluation of outcomes for neonates undergoing surgical interventions. Res Med Sci Rev. 2024. Available from: http://www.thermsr.com/index.php/Journal/article/download/162/182
37. จารุภา คุณาธาทร. อาการแสดง อุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกของทารกแรกคลอด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):245–58.
38. Hayun M, Alasiry E, Daud D, et al. The risk factors of early onset neonatal sepsis. Am J Clin Exp Med. 2015;3(3):78–82.
39. Chiang MC, Lim WH, Lien R, Huang YC, Fu RH. Prevalence and pathogen distribution of neonatal sepsis among very-low-birth-weight infants. Pediatr Neonatol. 2012;53(4):228–34.
40. Köstlin-Gille N, Härtel C, Haug C, Göpel W. Epidemiology of early and late onset neonatal sepsis in very low birthweight infants: Data from the German Neonatal Network. Pediatr Infect Dis J. 2021;40(3):255–9.
41. Belachew A, Tewabe T. Neonatal sepsis and its association with birth weight and gestational age: Systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr. 2020;20(1):55.
42. Jain NK, Jain VM, Maheshwari S. Neonatal sepsis as a consequence of birth trauma: A clinical study. J Neonatal Surg. 2014;3(1):12–7.
43. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT. Obstetric interventions and adverse neonatal outcomes in Brazil: A birth cohort study. BMJ Open. 2017;7(11):e017877.
44. Hassan HA, El-Gilany AH, Alrahman HS. Birth injuries and associated neonatal sepsis in difficult deliveries. Int J Pediatr Res. 2019;6(4):213–9.

สมุดปกขาว กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

White paper: Framework for Digital Health System Development.

(Received: March 28,2025 ; Revised: March 30,2025 ; Accepted: March 31,2025)

อนันต์ กนกศิลป์[1]
Anant Kanoksilp[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้ระเบียบวิธีการทบทวนแนวคิดและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย วิธีการศึกษา การศึกษานี้ใช้การรวบรวมและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นในหลายประเด็น เช่น ภาพรวมของการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล ปัญหาอุปสรรค เป้าหมาย รูปแบบกระบวนการพัฒนา บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์การพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนและใช้มาตรฐานข้อมูลที่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้ยังช่วยให้ระบบสุขภาพไทยมีความยั่งยืนและสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลควรให้ความสำคัญกับการสร้างหน่วยงานกลางในการกำกับดูแล การกำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจน และการส่งเสริมการลงทุนด้านเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพดิจิทัล, การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ, การกำกับดูแลที่ดี, ความรู้ด้านสุขภาพ.

Abstract

This descriptive study examines the development of Thailand's digital health system through a review of relevant academic literature. The research focuses on the overall framework, challenges, objectives, development processes, roles of stakeholders, outcomes, success factors, and policy recommendations.

The findings indicate that Thailand's digital health system aims to enhance access to healthcare services by integrating data from all sectors and utilizing standardized data formats. This integration empowers citizens with improved health literacy, enabling them to manage their health effectively under sustainable governance. Key recommendations include establishing a central governing body, defining clear health data standards, and promoting technological investments to enhance healthcare efficiency.

Keywords: Digital Health System, Health Data Integration, Good Governance, Health Literacy.

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของกลยุทธ์ระดับโลก คือการปรับปรุงสุขภาพสำหรับทุกคน ทุกที่ โดยการเร่งการพัฒนาและการนำโซลูชั่นด้านสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสม ราคาไม่แพง ปรับขนาดได้และยั่งยืน เพื่อป้องกันตรวจจับและตอบสนองต่อการแพร่ระบาด (Epidemics) และการระบาดใหญ่ (Pandemics) โดยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและแอปพลิเคชันที่ช่วยให้ประเทศต่างๆ สามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเพื่อให้บรรลุสุขภาพดี[1,2]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ร่วมมือกับสหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ (International Telecommunication Union, ITU) กำหนด

[1] ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

National eHealth Strategy Toolkit เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กลยุทธ์ในการพัฒนาเพื่อนำไปสู่ Digital Health ไว้ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) Leadership & Governance 2) Strategy and Investment 3) Legislation policy and Compliance 4) Workforce 5) Service and Application 6) Standard & Interoperability 7) Infrastructure[3,4]

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีในการศึกษาการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ด้วยการทบทวนแนวคิด เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย ทั้งในภาพรวม ปัญหาอุปสรรค เป้าหมาย รูปแบบกระบวนการพัฒนา บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์การพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา

ภาพรวมการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล ปัญหาและความท้าทาย

หากพิจารณาสถาปัตยกรรมเชิงระบบ (System Architecture) ของระบบสาธารณสุขไทยจะพบว่ามีลักษณะ โครงสร้างเชิงอำนาจที่เป็นไซโล (SILO Base) แต่ละองค์กรมีบทบาทภารกิจที่ซ้ำซ้อนกัน หลายหน่วยงานมีพรบ.จัดตั้งองค์กรเป็นของตนเอง ดูแลภารกิจเฉพาะของตนเองไม่มีการบูรณาการร่วมกัน มีความเชื่อมโยงภารกิจภายนอกองค์กรค่อนข้างซับซ้อน มีการกำกับดูแลไม่ชัดเจนโดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐบางหน่วยงานมีการกำหนดมาตรฐานข้อมูลเอง และใช้มาตรฐานข้อมูลร่วมกันเพียงบางส่วน ระบบข้อมูลสุขภาพถูกขับเคลื่อนโดยกองทุนที่เป็นหน่วยงานทางการเงินเป็นหลัก ซึ่งมีหลายหน่วยงานใช้มาตรฐานการจัดการที่แตกต่างกัน ข้อมูลสุขภาพไม่สามารถบูรณาการเป็นภาพของประเทศได้ และนโยบายสุขภาพไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีเอกภาพ[5,6]

ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน มีการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการบริการของโรงพยาบาล โดยแต่ละโรงพยาบาลต่างคนต่างพัฒนาโปรแกรมที่ให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้เกิดรูปแบบข้อมูลที่หลากหลาย (Multiple System) ขาดมาตรฐานและขาดศูนย์กลางในการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลดิจิทัลข้ามหน่วยงานได้ หรือทำได้โดยต้องมีกระบวนการเพิ่มเติมอีกมากมาย ทำให้มีการลงทุนที่ซ้ำซ้อนและสิ้นเปลืองงบประมาณ ส่งผลกระทบเมื่อต้องการนำระบบดิจิทัลมาใช้และต้องการให้ข้อมูลมีการบูรณาการจะยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ กลไกการขับเคลื่อนระบบข้อมูลสุขภาพและการส่งข้อมูลสุขภาพถูกขับเคลื่อนด้วยกองทุนต่างๆ ที่ต่างคนต่างกำหนดรูปแบบในการส่งข้อมูลของตนเอง ทำให้เป็นภาระอย่างยิ่งแก่หน่วยบริการที่ต้องเพิ่มกระบวนการในการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายแยกตามความต้องการของกองทุนต่างๆ[6,7]

โดยเราสามารถแบ่งโครงสร้างและองค์ประกอบของระบบสุขภาพไทยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Service Regulator , Service Provider และ Service Purchaser ซึ่งในแต่ละกลุ่มมีหลายองค์กร[8,9] ดังนี้

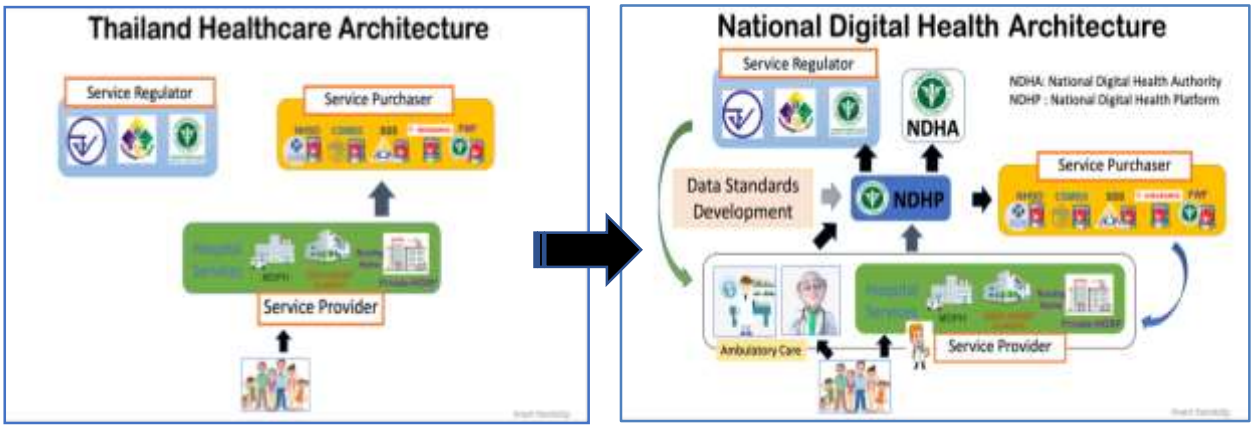
1) กลุ่ม Service Regulator ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีหน้าที่กำกับดูแลเรื่องยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำกับดูแลหน่วยบริการและผู้ประกอบวิชาชีพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำกับดูแลเรื่องงานห้องปฏิบัติการชันสูตร และงานเอกซเรย์ (x-ray) ในหน่วยบริการ

2) กลุ่ม Service Provider ประกอบด้วย กลุ่มโรงพยาบาลและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนหน่วยงานมากที่สุดและดูแลประชากรเยอะที่สุด

กลุ่มโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐอื่นๆ และ กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน

3) กลุ่ม Service Purchaser ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแลประชากรประมาณ 48 ล้านคน สำนักงานประกันสังคมดูแลประชากรประมาณ 15 ล้านคน และ กรมบัญชีกลางดูแลข้าราชการในสังกัดประมาณ 5 ล้านคน นอกจากนั้น

ยังมีกองทุนอื่นๆ อีกหลายกองทุน เช่น สวัสดิการราชการท้องถิ่น/กทม./รัฐวิสาหกิจต่างๆ มหาวิทยาลัยของรัฐ ครูโรงเรียนเอกชน และกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว



ภาพประกอบที่ 1 โครงสร้างระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน และโครงสร้างใหม่ที่ใช้ระบบสุขภาพดิจิทัล

เป้าหมายการพัฒนา

เพื่อการจัดการเชิงระบบที่ยึดประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Citizen Centric) ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพรายบุคคล และเป็นการคืนอำนาจในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน

การที่จะพัฒนาระบบข้อมูลดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพทั่วทั้งภาคส่วนสุขภาพ (Health Sector) จากที่เป็นแบบ Silo Base ให้มาเป็นแบบ Authority Base โดยมีเป้าหมายคือ การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) ซึ่งเรียกระบบนี้ว่า ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health)

รูปแบบและกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ของประเทศไทย

การพัฒนา ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ของประเทศไทยมีรูปแบบและกระบวนการที่หลากหลาย โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงโครงสร้างและสถาปัตยกรรมของระบบสุขภาพให้ครอบคลุมและยั่งยืน ดังนี้ [7,10,.11,12]

1. การดำเนินการด้านภารกิจสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Business Operation)

1.1 Health Sector Level เรียกว่า กลุ่ม Health Authority

1.2 Health Service Level เรียกว่า กลุ่ม Healthcare Provider

2. การดำเนินการด้านสนับสนุนภารกิจสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Service Support)

2.1 Health Service Support เรียกว่า กลุ่ม Health Product Vendor

2.2 Health Technology Support เรียกว่า กลุ่ม Health Tech

โดยกลุ่ม Health Tech และ Health Product Vendor จะเป็นผู้พัฒนาระบบ Technology และเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้สะดวก เข้าถึงได้ง่าย แต่ข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผ่านเครื่องมือ

เหล่านี้ จะต้องอยู่ในความรับผิดชอบและการกำกับดูแลของHealthcare Provider หรือ Health Authority แล้วแต่กรณี โดยที่ Health Tech และ Health Product Vendor จะไม่สามารถครอบครองข้อมูลสุขภาพหรือบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพได้เองลำพัง ซึ่งถ้าหาก Heath Tech จะเป็นผู้ให้บริการในลักษณะ Virtual Health ,Virtual Clinic เอง หรือ Health Product Vendor จะให้บริการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร จะต้องขออนุญาตเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น Healthcare Provider ด้วย

กลุ่ม Healthcare Provider หมายถึง สถานพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติตามที่ Health Authority กำหนด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบการ (Operator) จากหน่วยงานกำกับดูแล (Regulator) ซึ่งจะสามารถบริหารจัดการและดูแลข้อมูลสุขภาพได้เฉพาะขอบเขตความรับผิดชอบตามที่รับอนุญาตไว้เท่านั้น

กลุ่ม Health Authority หมายถึง หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลระบบสุขภาพ เช่น Regulator , Certified Body , Purchaser ที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจน สอดคล้อง โดยไม่ทับซ้อนกันทั้งเรื่องของอำนาจและผลประโยชน์(Conflict of Authority and Interest) นอกจากนี้ยังต้องกำหนดให้มีหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวกับข้อมูลในระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Authority) อย่างชัดเจนเพื่อรับผิดชอบในการบริหารจัดการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การบูรณาการข้อมูลสุขภาพรายบุคคลรวมไปถึงการให้บริการระบบดิจิทัล และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลสุขภาพที่อยู่นอกเหนืออำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของ Healthcare Provider ที่ครอบคลุมทั้งภาคสุขภาพ (Health Sector)

การดำเนินการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบสุขภาพเป็นแบบ Authority Base โดยมีหน่วยงานกลางระดับประเทศ (National Digital Health Authority, NDHA) มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดนโยบาย มาตรฐาน และข้อกำหนดต่างๆ ในการดำเนินการบริหารจัดการ คุ้มครองข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศและครอบคลุมระบบนิเวศ (Ecosystem) ทั้งภาคสุขภาพ (Health Sector)

นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีหน่วยปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการในการให้บริการดูแลข้อมูลสุขภาพ บริการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (Health Data Governance Center, HDGC) ทำหน้าที่คุ้มครองข้อมูลและควบคุมกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

บทบาทศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาระบบคลังข้อมูลและดูแลรับผิดชอบการใช้เทคโนโลยีมิให้มีผลกระทบต่อความมั่นคง ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2560ข้อ 18(4) จึงได้วางแผนออกแบบโครงการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การบูรณาข้อมูลสุขภาพและคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมสุขภาพในทุกมิติ ทุกระบบ และจากทุกหน่วยบริการ สามารถรวบรวมมาเป็นข้อมูลสุขภาพดิจิทัลรายบุคคล โดยใช้เครื่องมือการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล และคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน[11,12]

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัลมีองค์ประกอบมากมาย เทคโนโลยีและระบบข้อมูลเป็นเพียงส่วนประกอบหนึ่งของการพัฒนาเท่านั้น

การขับเคลื่อนให้สำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบสำคัญอย่างครบถ้วนได้แก่ ผู้รับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ มาตรฐานข้อมูล เครื่องมือ เทคโนโลยี และระบบนิเวศ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพที่เป็นเอกภาพ และมีฐานอำนาจรองรับการดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น พรบ.ว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2562 , พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคล พ.ศ. 2562 , พรบ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 , พรบ.การบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 , พรบ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 , กฎหมายด้านสุขภาพและกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นต้น[12]

แต่ด้วยโครงสร้างสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพไทยยังไม่มีหน่วยงานในการดำเนินการดังกล่าว ดังนั้นเพื่อให้มีการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) จึงจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบกลางโดยใช้ชื่อเรียกเบื้องต้นว่า National Digital Health Authority (NDHA) หรือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพดิจิทัล ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบสุขภาพดิจิทัลและมีหน่วยงานปฏิบัติการกำกับดูแลข้อมูลสุขภาพและให้บริการทางดิจิทัล (Digital Service) แก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ชื่อเรียกเบื้องต้นว่า Health Data Governance Center (HDGC) นอกจากนี้ยังต้องมีหน่วยงานสนับสนุนในด้านอื่นๆ เช่น หน่วยงานพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ หน่วยงานดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น โดยแบ่งขอบเขตการพัฒนาด้านข้อมูลสุขภาพและเครื่องมือต่างๆ เป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. การพัฒนาแพลตฟอร์มหลักด้านสุขภาพของประเทศ (National Digital Health Platform , NDHP)

2. การพัฒนามาตรฐานข้อมูลจากทุกแหล่งของข้อมูลทั้งที่มาจากทั้งนอกหน่วยบริการสุขภาพและในหน่วยบริการสุขภาพ โดยใช้มาตรฐานกลางที่อ้างอิงจากมาตรฐานสากล เป็นการพัฒนาส่วนองค์ประกอบที่ 6 เรื่อง Standard & Interoperability และมีการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการบนระบบดิจิทัล โดยใช้แนวทางของ Smart Hospital

3. พัฒนาการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพด้วยมาตรฐานกลาง (Health Information Exchange , HIE)

4. พัฒนาการประมวลผลข้อมูล Big Data โดยใช้หลักการ Data Governance และคืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ

หน่วยงานปฏิบัติการกำกับดูแลข้อมูลสุขภาพ (Health Data Governance Center, HDGC)

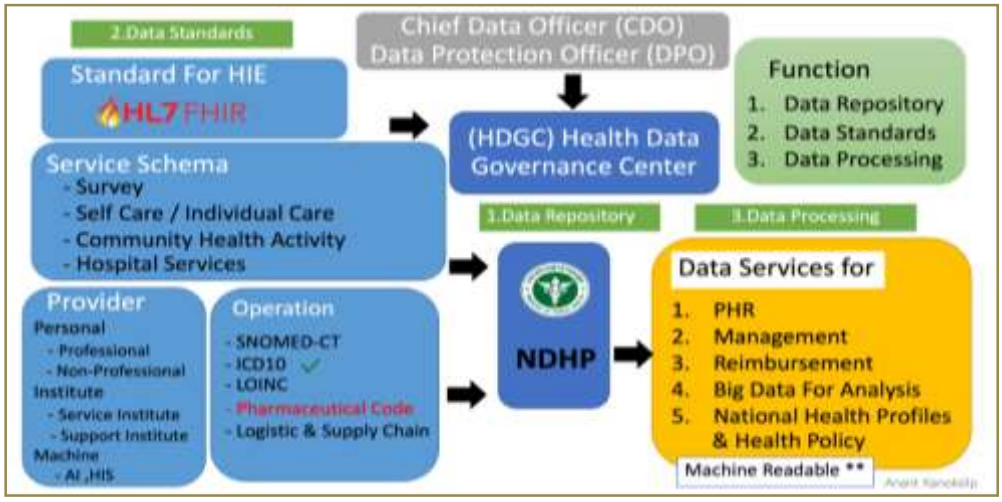
การพัฒนาดังกล่าวจำเป็นต้องมีศูนย์ปฏิบัติการกลางที่รับผิดชอบเป็นผู้ควบคุมข้อมูลสุขภาพ (Health Data Controller) ระดับประเทศ ทำหน้าที่กำกับดูแล (Regulator) ข้อมูลสุขภาพและให้บริการกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Information Exchange, HIE) จากผู้ควบคุมข้อมูลสุขภาพในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ร้านยา ห้องแล็บ หรือ แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ แม้แต่จากเจ้าของข้อมูลโดยตรง (ในกรณีของ self care) รวมไปถึงความถึงความรับผิดชอบให้เกิดความ มั่งคงปลอดภัยของระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ[13]

HDGC (Health Data Governance Center) จะมีบทบาทหน้าที่หลักสำคัญ 3 ประการ คือ[14]

1. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ (Data Repository)

2. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Data Standard)

3. เป็นศูนย์กลางในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพ (Data Processing)



ภาพประกอบที่ 1 “แสดงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของหน่วยงาน HDGC”

การพัฒนามาตรฐานชุดข้อมูล (Health Data Catalogue and Data Schema)

ประเภทของชุดข้อมูลมาตรฐาน จะมีอยู่ 2 รูปแบบหลักๆ[15,16]

1. Health Data Catalogue เป็นบัญชีข้อมูลกลางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้อ้างอิงในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประกอบด้วยกลุ่มข้อมูลมาตรฐานหลัก 6 กลุ่มบัญชีที่ทำหน้าที่เหมือนเป็นดิกชันนารี ที่เป็นเนื้อหา (Content) ของข้อมูล

2. Data Schema เป็นรูปแบบข้อมูล (Data Format, Data Set) ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลตามชนิดและประเภทของบริการ เสมือนเป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการบรรจุเนื้อหาข้อมูลปรับเปลี่ยนไปตามชนิดและประเภทของการให้บริการหรือกิจกรรมทางสุขภาพ ซึ่งมีเฉพาะข้อมูลการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงตามกิจกรรมหรือบริการ โดยข้อมูลเกือบทั้งหมดจะมีลักษณะเป็นรหัส (Code) มาตรฐานที่อ้างอิงมาจาก Data Catalogue เมื่อต้องแปลเป็นเนื้อหาเป็นภาษาที่คนสามารถอ่านเข้าใจได้จะต้องนำไปจับคู่กับ Data Catalogue

ชุดข้อมูลมาตรฐานมีองค์ประกอบและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากมาย และบางกรณีก็จะมีค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและค่าลิขสิทธิ์ในการนำชุดมาตรฐานเหล่านั้นมาใช้ ซึ่งมีทั้งมาตรฐานระดับสากลและระดับประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการและประสานงาน รวมถึงเป็นผู้ประกาศบังคับใช้มาตราฐานเหล่านั้น ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นผู้พัฒนาและกำกับดูแลมาตรฐานในแต่ละด้านมีความจำเป็นต้องอ้างอิงจากฐานอำนาจ และอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้รับผิดชอบมาตรฐานด้าน ยาและเครื่องมือแพทย์ เนื่องจากเป็นผู้ถือ พรบ.ยาและพรบ.เครื่องมือแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้รับผิดชอบมาตรฐานด้านผู้ให้บริการทั้งในส่วนที่เป็นสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ถือพรบ.สถานพยาบาลและดูแล ผู้ประกอบวิชาชีพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบมาตรฐานห้องปฏิบัติการตาม พรบ.การมาตรฐานแห่งชาติ เป็นต้น

การพัฒนาบัญชีข้อมูลสุขภาพ และ ชุดแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (Health Data Catalogue and Data Schema)

1. การรวบรวมข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล ข้อมูลจากทุกระบบและทุกมิติสุขภาพจะถูกรวบรวมเข้ามาที่ NDHP โดยใช้มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลและมาตรฐานชุดข้อมูลกลางที่อ้างอิงจากมาตรฐานสากล ก่อให้เกิดข้อมูลข่าวสาร

สุขภาพ(Health Information) ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาโดยใช้กระบวนการและเครื่องมือในการประมวลผล Big Data ที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย ลดเวลา และลดการทำงานด้วยคน (Manual) ในกระบวนที่ทำซ้ำๆ ใช้หลักการ Data Governance ในการกำกับดูแล มีกระบวนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลได้ตามมาตรฐาน มีกระบวนการและตรวจสอบย้อนกลับได้ ว่ามีใครทำอะไรกับข้อมูลบ้าง สามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (Information) ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลได้อย่างสะดวกรวดเร็วและทันเวลา และสามารถนำไปใช้ประโยชน์หลักๆได้ดังนี้

1.1 คืนข้อมูลสุขภาพดิจิทัลรายบุคคล Personal Health Record, PHR) ให้กับประชาชน

1.2 กำหนดนโยบายสุขภาพ (Health Policy, Health Profile) และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (Health Care Management System) โดยการจัดทำ Visualization และ Dash Board ให้กับผู้บริหารเขตสุขภาพ , ผู้บริหารระดับจังหวัด และผู้บริหารระดับหน่วยงาน

1.3 ใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการประชาชนได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพนอกจากนี้ยังเกิดผลพลอยได้อีก 2 ประการ ตามข้อ 4 และ ข้อ 5

1.4 การวิจัยทางสุขภาพ เช่น จัดทำเหมืองข้อมูล (Data Mining) , ตลาดข้อมูล (Data Mart)

1.5 การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ เช่น การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ (Reimbursement)

การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการบนระบบดิจิทัล

การพัฒนาเครื่องมือของระบบสุขภาพดิจิทัลในภาพรวมจะมีการพัฒนาอยู่ 3 ส่วน

1.พัฒนาส่วนที่เป็นเครื่องมือกลาง ได้แก่

1.1. พัฒนา National Digital Health Platform

1.2. พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ Hospital Information System (HIS, LIS , PACS)

1.3. พัฒนาแพลตฟอร์มระบบบริการนอกสถานพยาบาล ซึ่งเครื่องมือที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะใช้ให้บริการบน Application หรือ Sensor บนอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Device) หรืออุปกรณ์ IoT อื่นๆ

2. พัฒนาเครื่องมือให้บริการระดับบุคคล ได้แก่

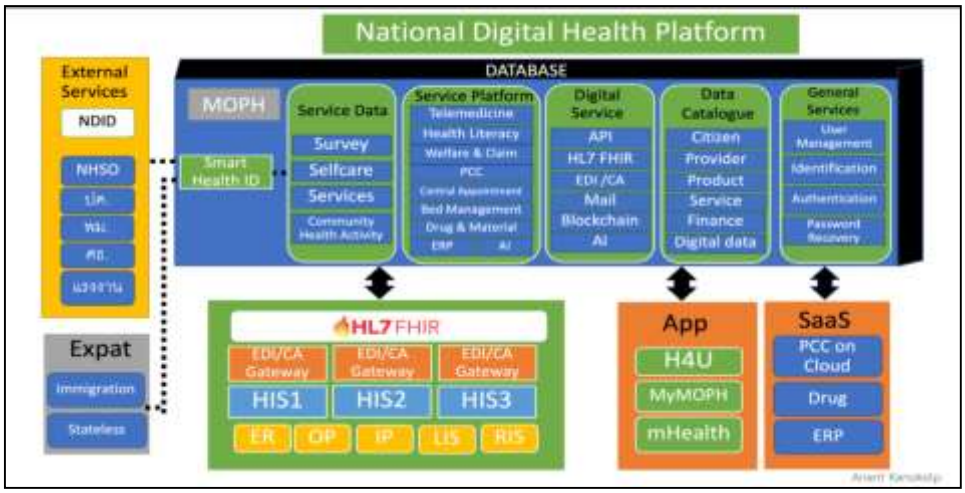
2.1 พัฒนา Application mHealth (ผู้ให้บริการ)

2.2 พัฒนา Application pHealth (ผู้รับบริการ)

3. พัฒนากระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงาน บุคคล และอุปกรณ์ต่างๆ มีความจำเป็นต้องมีกำหนดมาตราฐานการรักษาความปลอดภัย อย่างน้อย ดังนี้

3.1 การพิสูจน์ตัวตนว่าเป็นบุคคลนั้นจริง (Identification) การตรวจสอบตัวบุคคลว่ามีสิทธิในการให้บริการสุขภาพจริง(Verification) และการยืนยันตัวตนเข้าใช้งานในระบบ (Authentication)

3.2 การพิสูจน์ยืนยันตัวเครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัล ที่ทำการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Electronic Data Interchange, EDI) ว่าการเชื่อมต่อมาจากหน่วยงาน, Software หรืออุปกรณ์นั้นจริงและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปถึงตัวบุคคลได้ ซึ่งจะช่วยรักษาความถูกต้องและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล จึงต้องมีการพัฒนาระบบออกใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์ (Certificate Authority) รวมถึงระบบกุญแจสาธารณะ Public Key Infrastructure (PKI) ของประเทศ[7,12,13,17]



ภาพประกอบที่ 12 “แสดงแนวคิดในการพัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ”

ผลลัพธ์จากการพัฒนา

การที่สามารถทำให้ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศมีการกำกับดูแลให้มีมาตรฐานเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการ และใช้เทคโนโลยีการแพทย์โดยระบบโทรคมนาคมที่ทันสมัย มีการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) จะทำให้มีข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศอย่างมีระบบ จะก่อให้เกิดข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ที่จะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชาชนจะได้รับข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากทุกแหล่งและจากทุกหน่วยบริการ สามารถเข้ารับบริการต่างหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องตรงกับความต้องการ และทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน[7,12]

ผลของการพัฒนายังสามารถทำให้เกิดระบบนิเวศ (Ecosystem) ในการให้บริการสุขภาพตามมาอย่างมากมาย ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศและระบบเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของประเทศ และจัดระบบการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเหมาะสมตรงจุดก่อให้เกิดรูปแบบการบริการใหม่ๆ โดยไม่ต้องยึดติดกับระบบที่กำหนดโดยโรงพยาบาลหรือกองทุนประกันสุขภาพเช่นในปัจจุบันการรับบริการสุขภาพไม่จำต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือคลินิกเพียงอย่างเดียวเหมือนที่ผ่านมา

การบริการบางอย่างสามารถใช้บริการที่ไหนก็ได้ เช่น การให้คำปรึกษาจากแพทย์ประจำครอบครัว บริการบางอย่างสามารถส่งถึงบ้านได้อย่างเช่นยาที่ใช้ประจำ ประชาชนสามารถเลือกรับบริการสุขภาพได้ตามความต้องการ (คล้ายๆกับการย้ายค่ายโทรศัพท์มือถือโดยใช้เบอร์เดิม) สามารถเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพได้เอง (เหมือนเปลี่ยนโปรโมชั่นโทรศัพท์มือถือ) หรือเลือกซื้อบริการสุขภาพเสริมเพิ่มได้ตามความต้องการ นอกจากนั้นยังจะเกิดบริการสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ตามมา เช่น การออกแบบวิถีชีวิต (Life Style Coaching) online เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุก เป็นต้น

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการระบุตัวตนผู้ป่วยผู้บาดเจ็บที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือเสียชีวิตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ ข้อมูลบางอย่างเช่น การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจารจร จะสามารถ

รวบรวมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว หรือในกรณีเกิดภัยพิบัติ เช่น สึนามิ ที่มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หากมีระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลรายบุคคลที่ดีพอ ก็จะทำให้สามารถระบุตัวตนผู้เสียชีวิตได้อย่างแม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น

นอกจากนี้การพัฒนานโยบายสุขภาพของประเทศสามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลาและตรงประเด็น ส่งผลทำให้หน่วยงานส่วนกลาง (กรม ต่างๆ) หน่วยบริหารในภูมิภาคตั้งแต่ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการ ไม่มีความจำเป็นต้องลงทุนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของตนเอง แต่จะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปเป็นการนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากส่วนกลางไปวางแผนพัฒนาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพแทน และเป็นการยกระดับการบริหารจัดการ ที่เคยติดกับดักการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของตนที่ต้องใช้เวลา เงินลงทุน และบุคลากรเป็นจำนวนมาก แต่ก็ไม่สามารถพัฒนาให้แล้วเสร็จพร้อมใช้งานให้ตรงตามความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งยังเกิดความซ้ำซ้อน แยกส่วน เชื่อมโยงกันไม่ได้ และเกิดความไม่น่าเชื่อถือของระบบข้อมูลข่าวสา[10,13,17,18]

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ (Critical Success Factors)

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในยุคใหม่ ต้องอาศัยระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่มีการบูรณาการข้อมูลสุขภาพจากทุกแหล่งข้อมูล ให้มาเป็นข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลด้วยมาตรฐานเดียวกัน และมีการคืนข้อมูลให้กับประชาชนในรูปแบบดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนได้เป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพอย่างแท้จริง สามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพเองได้

มีการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) โดยการมีหน่วยงานกลางที่มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตามกฎหมายในการบริหารจัดการให้เป็นระบบเดียวกัน กำกับดูแลมาตรฐานและกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเป็นผู้ควบคุมข้อมูลสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ถูกบัญญัติมาบนพื้นฐานที่เป็นระบบดั้งเดิมเป็น Silo Base ไม่รองรับระบบสุขภาพดิจิทัลที่มีความจำเป็นต้องออกแบบระบบสุขภาพให้เป็น Authority Base และยังมีช่องว่างที่ไม่ครอบคลุมการให้บริการที่เกิดนอกสถานพยาบาล จึงมีความจำที่เป็นต้องตรากฎหมาย “พระราชบัญญัติสุขภาพดิจิทัล” เพื่อทำให้เกิดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เทียบเคียงกับกฎหมาย HIPPA ของสหรัฐอเมริกา

ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ให้เกิดระบบนิเวศน์ของบริการด้านสุขภาพตามมาอีกมากมาย จะมีเปลี่ยนแปลงและเกิดรูปแบบใหม่ๆที่ลบล้างรูปแบบเดิมๆ (Disruption)ของการให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาสถานพยาบาลเชิงกายภาพ เกิดการดูแลสุขภาพเชิงรุก(Proactive Health Care)เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในทุกมิติ เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาประเทศชาติต่อไป[10,11,12]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เป้าหมายที่ต้องการ

โครงสร้างในการดำเนินการของประเทศไทยในปัจจุบันได้มีการแยกออก เป็นส่วนๆต่างคนต่างทำต่างคนต่างพัฒนาซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ระบบงานบริการของหน่วยบริการและโรงพยาบาล (Provider) ที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นและโรงพยาบาลเอกชน

2. ระบบการจัดการการเงินของรัฐสวัสดิการ (Purchaser) ที่แบ่งเป็น 3 กองทุน คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน

ประกันสังคม และกรมบัญชีกลางที่ดูแลค่าใช้จ่ายทางสุขภาพให้กับประชากรในกลุ่มต่างๆ

3. การกำกับดูแล (Regulator) ที่ดูแลผู้ให้บริการ หน่วยบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการทางสุขภาพ ต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข

การที่จะพัฒนาระบบข้อมูลดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพทั่วทั้งภาคส่วนสุขภาพ (Health Sector) จากที่เป็นแบบ Silo Base ให้มาเป็นแบบ Authority Base โดยมีเป้าหมายคือ การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) ซึ่งเรียกระบบนี้ว่า ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) เพื่อให้ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) สามารถดำเนินการได้จึงมีความจำเป็นปรับจูน Mindset ของผู้ที่เกี่ยวข้องให้ตรงกัน วิสัยทัศน์ของรูปแบบบริการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตยังเป็นความท้าทายที่จะทำให้ผู้บริหารทุกระดับมองเห็นภาพร่วมกัน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการกำหนดกฎหมาย หลักเกณฑ์ แนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพในอนาคต การจัดการให้มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบมีฐานอำนาจในการจัดการและบูรณาการข้อมูลสุขภาพ

การจัดการข้อมูลสุขภาพให้มีการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) สามารถบูรณาการกันได้ เกิดความร่วมมือในการทำงานที่ซับซ้อนเพื่อให้ส่งผลลัพธ์ร่วมกันและสามารถแลกเปลี่ยนสื่อสารกันรู้เรื่องภายใต้มาตรฐานเดียวกันเพื่อให้เกิดเป็น Big Data จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางมาบริหารจัดสร้างระบบระเบียบในการจัดเก็บ สร้างมาตรฐานในการใช้งานร่วมกันในเชิงระบบนิเวศน์ทางสุขภาพ (Health Ecosystem) [10,11,12]

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

เป้าหมายสูงสุดของโครงการนี้ การทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน

ข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลในปัจจุบันจะกระจายอยู่ตามหน่วยบริการต่างๆ (Hospital Base) และยังไม่มีการบูรณาการข้ามหน่วยบริการมาก่อน ผลของการดำเนินการจะทำให้เกิดการบูรณาการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Base) ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมสุขภาพต่างๆทั้งจากในโรงพยาบาลและจากนอกโรงพยาบาล และที่เกิดจากอุปกรณ์สวมใส่เฉพาะบุคคล(Personal Wearable Device) หรือแหล่งข้อมูลจากบริการสุขภาพต่างๆ ให้รวมมาเป็นข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์จะก่อให้เกิด

1. สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปจัดทำนโยบายสุขภาพ (Health Policy) หรือโปรไฟล์สุขภาพ (Health Profile) ของประเทศได้อย่างถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์

2. สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมในทุกมิติทั้งการจัดการเชิงพื้นที่ (Area Base) และการจัดการเชิงกิจกรรม (Agenda Base)

3. สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการวิเคราะห์วิจัยในมิติต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางครบถ้วนและสมบูรณ์

4. สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะทางการเงินการจ่ายชดเชยของกองทุนต่างๆได้หรือใช้ในการจัดทำระบบประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งจะก่อให้เกิดรูปแบบของการจัดการและการให้บริการในรูปแบบใหม่ๆ (New Health Service Model) เกิดขึ้นอย่างมากมาย และเกิดประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน [10,11,12]

พันธกิจ

1. การบริหารจัดการเชิงระบบให้มีการกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน (Governance and Sustainability) การให้บริการข้อมูลระบบสุขภาพ

ดิจิทัลจำเป็นต้องมีหน่วยงานภาครัฐที่มีฐานอำนาจตามกฎหมายเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับในการดำเนินการ และต้องมีการเตรียมความพร้อมและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

(1) จัดตั้งหน่วยงานกลางทำหน้าที่กำหนดนโยบายและหน่วยงานปฏิบัติการ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจในการดำเนินการและมีฐานอำนาจในการในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพทั้งภาคสุขภาพ (Health Sector) ของประเทศประกอบไปด้วย

1.1National Digital Health Authority (NDHA) เป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบายและกำกับการดำเนินการระบบสุขภาพดิจิทัล รวมไปถึงการประกาศข้อกำหนดและมาตรฐานต่างๆในการดำเนินการ

1.2Health Data Governance Center (HDGC) เป็นหน่วยงานปฏิบัติการภายใต้การกำกับดูแลของ NDHA ทำหน้าที่บริหารจัดการข้อมูลสุขภาพและมีภารกิจหลัก 3 ประการคือ

1) ทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูล รับผิดชอบบริหารจัดการและดูแลข้อมูลสุขภาพของทั้งระบบ

2) ทำหน้าที่กำกับควบคุมมาตรฐานข้อมูลของระบบข้อมูลสุขภาพ

3) ทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลและกำกับดูแลการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และบริหารจัดการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนผู้เป็นเจ้าของข้อมูล

(2) การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล การพัฒนากำลังคนมีความจำเป็นพัฒนาให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ โดยมีการออกแบบระบบที่เหมาะสมต้องแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) พัฒนากำลังคนที่ออกแบบพัฒนาสถาปัตยกรรมเชิงระบบ(System Architecture) เพื่อให้ภารกิจบรรลุเป้าหมาย (Digital Strategic and Management Workforce)

2) พัฒนากำลังคนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับภารกิจที่ใช้ดิจิทัลในงานหรือบริการ (Digital Business Operation Workforce)

3) พัฒนากำลังคนด้านการสนับสนุนและพัฒนาระบบดิจิทัลเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของภารกิจ(Digital Technology Support Workforce)

2. บัญญัติกฎหมายระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Act)

เพื่อให้การดำเนินการของระบบสุขภาพดิจิทัลบรรลุเป้าหมาย เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยงานกลางมีฐานอำนาจในการจัดการและ บูรณาการข้อมูลสุขภาพ การที่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลดิจิทัลที่เกิดขึ้นจากอุปกรณ์หรือการบริการที่อยู่นอกสถานพยาบาล ซึ่งยังไม่เคยมีกฎหมายฉบับใดครอบคลุมถึงมาก่อน และข้อกฎหมายต่างๆของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันยังไม่รองรับ

2.1 จัดทำ Digital Health Regulatory Sandbox

2.2 ผลักดันการจัดทำ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพดิจิทัล

3. มีการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Standard)

เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพโดยหน่วยงานต่างๆที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องและมีการกำกับการใช้งาน โดย HDGC

3.1 จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ

3.2 มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Data Catalogue)

3.3 มาตรฐานการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (Health information exchange: HIE)

4. การลงทุนจัดทำแพลตฟอร์มหลักด้านสุขภาพ (National Digital Health Platform, NDHP)

ซึ่งจะเป็นเครื่องมือหลักที่จะให้ HDGC ใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ และเป็นแกนกลางในการพัฒนาระบบบริการทางดิจิทัลต่างๆในอนาคตและเป็นแกนกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานต่างทั้งระบบนิเวศน์ทางสุขภาพ (Health Eco-System)

4.1 การพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลระดับชาติ (National Digital Health Platform: NDHP)

4.2 การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ สร้างการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHR) ของประชาชนรวมทั้งเกิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System)

5. การพัฒนาระบบนิเวศน์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Ecosystem) เป็นการพัฒนาองค์ประกอบของระบบนิเวศของข้อมูลสุขภาพ (Health Service and Application) ได้แก่

5.1 การพัฒนาระบบบริการนอกโรงพยาบาล (Ambulatory Care and Self Care)

ซึ่งเป็นการบริการในระบบสุขภาพดิจิทัลระดับบุคคล (Personal Base)โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่นอกการบริการในโรงพยาบาล (Hospital Base) และระบบสนับสนุนการบริการ เช่น การบริการสุขภาพและการแพทย์ทางไกล (Telehealth, Telemedicine)

5.2การพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลดิจิทัล (Digital Hospital)

5.3การพัฒนาโลจิสติกส์และห่วงโซ่อุปทานสุขภาพ (Healthcare Logistic and Supply Chain)

5.4 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของดิจิทัลสุขภาพ และระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security)

สรุป

การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่มุ่งพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจากรูปแบบปัจจุบันไปสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีการบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ เพื่อให้สามารถร่วมมือกันทำงานและผลิตผลลัพธ์ร่วมกัน ระบบนี้มีเป้าหมายในการใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกัน และเครื่องมือการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อให้สามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างราบรื่นและเข้าใจความหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพอย่างแท้จริง และช่วยให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนภายใต้การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน

การสร้างระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แต่มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนและใช้มาตรฐานข้อมูลที่สอดคล้องกัน นี่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การกำกับดูแลที่ดีอย่างยั่งยืน

การสร้างระบบนี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อประชาชนเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ระบบสุขภาพไทยมีความยั่งยืนและสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว. ดังนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลจึงเป็นก้าวสำคัญที่จะนำประเทศไทยไปสู่อนาคตที่ดีกว่าในด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand.(2024). "Our Health, Our Right, Our Digital Future" - A Journey Towards Health Equity in Thailand. 2024 [Online] https://www.who.int/thailand/news/detail/25-04-2024-our-health--our-right--our-digital-future-a-journey-towards-health-equity-in-thailand
2. World Health Organization Thailand.(2023). Thailand Country Cooperation Strategy 2022–2026. 2023 [Online] https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373066/9789290210771-eng.pdf
3. Mantri M, Sunder G, Kadam S, Abhyankar A.(2024). A perspective on digital health platform design and its implementation at national level. Front Digit Health. 2024 Apr 11;6:1260855. doi: 10.3389/fdgth.2024.1260855. PMID: 38665619; PMCID: PMC11043488.
4. 2.Hamilton C. The WHO-ITU national eHealth strategy toolkit as an effective approach to national strategy development and implementation. Stud Health Technol Inform. (2013) 192:913–6. 10.3233/978-1-61499-289-9-913 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
5. ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ.(2560). การบริหารงานสาธารณสุข, กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560
6. ณิรดา โพธิ์ยิ้ม อานวย กาจีนะ ณัฐินี บัณฑะวงค์.(2561). ภาพอนาคตการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 3 ฉบับที่ 5 : ตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562
7. สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2567). รายงานผลการพิจารณาศึกษา“ปญหา อุปสรรค และทางออกของการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลในประเทศไทย” คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา.
8. Piya Hanvoravongchai.(2013). UNICO Study Series 20 Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints. The World Bank, Washington DC, January 2013
9. Joshua Sumankuuro, Frances Griffiths, Adam D. Koon, Witness Mapanga, Beryl Maritim, Atiya Mosam, Jane Goudge.(2023). The Experiences of Strategic Purchasing of Healthcare in Nine Middle-Income Countries: A Systematic Qualitative Review. Int J Health Policy Manag 2023;12:7352
10. บุญชัย กิจสนาโยธิน กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีมีสุข อนวัช รัชธร, เทียม อังสาชน.(2566). รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพดิจิทัล: ข้อเสนอสำหรับระบบสุขภาพไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2566 203-27
11. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข (2564 – 2568) [ออนไลน์] https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf
12. .ปฐมพร ศิรประภาศิร.(2566). แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาด้านระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศและกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2023/08/2-3.1-Driving-the-digital-health-strategic-plan.pdf
13. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 (ราชกิจจานุเบกษา)
14. คณะกรรมการศึกษากระบวนการธรรมาภิบาลและการเปิดเผยข้อมูลดิจิทัลเพื่อการบริหารราชการแผ่นดิน. (2561).Data Governance Framework กรอบการก ากับดูแลข้อมูล เวอร์ชัน ๑.๐.[ออนไลน์]. https://forestinfo.forest.go.th/Content/file/edoc/316915_4230_3_2%20Data-Governance-Framework-V1.pdf
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). ประกาศโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับการจัดทำ ระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2566.[ออนไลน์] https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/new/2024-10-30-15-38-55/1234-2566-21
16. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง "มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ พ.ศ. 2565" (เวอร์ชั่น 1 ลงวันที่ 21 ต.ค. 65) [ออนไลน์] https://ict.moph.go.th/th/extension/1145

17. สำนักข่าว Hfocus.(2024). สธ. เร่งพัฒนาธรรมาภิบาล-ระบบสุขภาพดิจิทัล สร้างความปลอดภัยทั้งระบบ.[ออนไลน์] https://www.hfocus.org/content/2024/09/31546
18. ณัฐชลภัณ หอมแก้ว.(2567). ระบบสุขภาพจะยั่งยืนได้ ถ้าเพิ่ม คน-ทรัพยากร ให้พอ บวกกับวิจัยพัฒนา ‘สุขภาพดิจิทัล’ [ออนไลน์] https://www.thecoverage.info/news/content/7548

,

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Valuing and Empowerment Program on Self-Care Behavior Modification among Uncontrolled Hypertensive Patients in Buangam Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 29,2025 ; Revised: March 30,2025 ; Accepted: March 31,2025)

สุจิตรา บัวขาว[1]
SUJITTRA BOUKHAO[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 69 คน รวม 138 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลตบหู อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม การให้คุณค่า การเสริมพลัง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a valuing and empowerment program on self-care behavior modification among patients with uncontrolled hypertension in Buangam Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups of 69 participants each, totaling 138 participants. The experimental group consisted of patients with uncontrolled hypertension residing in Buangam Subdistrict, while the comparison group consisted of patients with uncontrolled hypertension residing in Tabhu Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the valuing and empowerment program for a duration of 12 weeks, whereas the comparison group received the standard care program. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the intervention, between October 1 and December 31, 2024. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, 25th percentile, and 75th percentile. Paired t-tests were employed to compare pre-

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสนม ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

and post-intervention scores within groups, and independent t-tests were used to compare between groups, with the significance level set at 0.05. The results revealed that after the intervention, the experimental group showed statistically significant improvements ($p < 0.05$) in mean scores for knowledge about hypertension, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of prevention, perceived barriers to prevention, empowerment, and self-care behaviors. These scores were significantly higher than both their pre-intervention scores and those of the comparison group.

Keywords: Program, Valuing, Empowerment**,** Uncontrolled Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] โรคนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง[2] ในประเทศไทย สถิติจากกรมควบคุมโรคชี้ให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ[3] ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติพบว่าประชากรผู้ใหญ่ในประเทศไทยมีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ประมาณ 24.7% โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราสูงถึง 45%[4] นอกจากนี้ การดูแลและควบคุมความดันโลหิตในประชาชนยังเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากหลายคนไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง หรือไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย การลดการบริโภคเกลือ และการลดน้ำหนักตัว เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคนี้[5] การดำเนินการด้านนโยบายสาธารณสุขเพื่อจัดการกับปัญหาความดันโลหิตสูงจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน และการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว[6] ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง[5] การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงภาระที่เพิ่มขึ้นต่อระบบสาธารณสุข[7]

งานวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] โปรแกรมเหล่านี้เน้นการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (self-efficacy) การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น และการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคของตนเองได้ดีขึ้น[9] การเพิ่มความมั่นใจในตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังได้ ซึ่งทำได้ผ่านการฝึกอบรม การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงบันดาลใจจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและผู้ป่วยที่เคยประสบความสำเร็จ การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลตนเองและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การฝึกทักษะต่างๆ เช่น การบริหารยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางจิตใจช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับโรค การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเข้าใจและสนับสนุน งานวิจัยของ Lorig และคณะ[9] พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการเสริมพลังผู้ป่วยสามารถลดการเข้าโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ การประยุกต์ใช้โปรแกรมเหล่านี้ในระบบสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว

ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้น 6,040 คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 218 คน คิดเป็นร้อย3.6 ของประชากร พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสนม, 2567) เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม[10] สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความเครียดที่สูงจากการดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ท้าทาย จากปัญหาที่พบในพื้นที่ตำบลบัวงาม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การวิจัยนี้จะช่วยให้เราเข้าใจวิธีการและกระบวนการที่ดีที่สุดในการสนับสนุนผู้ป่วย และสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples)

2.2.1 กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 69 คน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลตบหู อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 69 คน

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ โปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทีควบคุมไม่ได้

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

ไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้วัยเกษียณ เข้าใจการเปลี่ยนแปลง รู้เท่าทันดูแลตน ขยับร่างกาย ผ่อนคลายความเครียด ออกกำลังกาย ยืดเหยียด เสริมสร้างสมรรถภาพ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ กิจกรรมนันทนาการสร้างความเพลิดเพลินรู้เท่าทันโภชนาการ ทานอาหารเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์การทานอาหารควบคุมความดันโลหิต เลือกทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ ฝึกปฏิบัติการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ พัฒนาทักษะการใช้ชีวิต วางแผนการเงิน จัดการเวลาอย่างชาญฉลาด เรียนรู้สิ่งใหม่ เสริมสร้างทักษะ ฝึกการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เสริมพลังใจ แบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมกลุ่ม เสริมสร้างความสามัคคี กิจกรรมอาสาสมัคร แบ่งปันน้ำใจ กลุ่มสนับสนุน แบ่งปันประสบการณ์ และการค้นหาแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 การได้รับการเสริมพลัง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด พื้นตำบลนาส่วง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ KR-20 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.828 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.840 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.878 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.787 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.777 การได้รับการเสริมพลัง เท่ากับ 0.786 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความ

ดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–137 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุเฉลี่ย 39.20 ปี (SD. = 6.61 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.5 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.4 มีมัธยฐานของรายได้ 3,500 บาท (P_{25} = 2,000 บาท : P_{75} = 9,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ: เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 มีอายุเฉลี่ย 39.00 ปี (SD. = 7.25 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60.9 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 81.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.3 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25} = 1,500 บาท : P_{75} = 10,000 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.48 คะแนน (95% CI = 1.68-3.27)

3.2 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.17 คะแนน (95% CI = 1.34-3.00)

3.3 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.15 คะแนน (95% CI = 1.41-2.87)

3.4 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.28 คะแนน (95% CI = 0.61-1.93)

3.5 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.84 คะแนน (95% CI = 1.34-2.33)

3.6 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.16 คะแนน (95% CI = 8.39-9.92)

3.7 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.94 คะแนน (95% CI = 3.20-4.68)

3.8 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.71 คะแนน (95% CI = 1.37-4.04)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมหรือกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับมีเนื้อหาที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนัก และทักษะในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยงและการเสริมพลัง

(Health Belief Model และ Empowerment) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น ตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนเห็นคุณค่าในการป้องกัน และสามารถลดอุปสรรคที่เคยมีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การได้รับการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติจริงและสามารถรักษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล แซ่โล้ว และชิรากร บุญลี[11] ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชิณวงศ์[12] ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.61$, $p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.30$, $p < .001$) และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.70 (SD = 4.13) ด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.63 (SD = 8.20) และด้านการรับประทานยามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.36 (SD = 5) บุญเลิศ จันทร์หอม (2564) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอตรอนจังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อน และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ การมีทักษะในการ สื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และ คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยขอความรู้ การเป็นกำลังใจและกระตุ้น เตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ[13] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (MEAN = 137.5, S.D= 10.91) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (MEAN = 149.30 , S.D= 10.39) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังได้รับโปรแกรม (MEAN = 85.03 , S.D=9.59) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (MEAN = 95.83, S.D= 8.62) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ วิชาญ มีเครือรอด (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับ ความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง การทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางพระดับ 0.05 ฉัตรลดา ดีพร้อม และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอ เมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและการรับรู้ในการ เดียวดาลาเปิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการป้องกันตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) และระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ลดลงกว่าก่อนให้โปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) นพาภรณ์ จันทร์ศรี (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=2.52. SD=1.73) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 2.15, SD .366) และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ (Mear = 2.04, SD=.219) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2,001 (p-value <000) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซึ่งได้ถือและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดมอสโคโคหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และดำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.001 กัตติกา วังทะพันธ์[14] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า 1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 2. หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 4. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนระดับความดันโลหิตดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 คะนึงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ[15] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำรูปแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การเสริมพลัง และการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

1.2 บุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมให้ความรู้และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนในรูปแบบที่สอดคล้องกับหลักการของการเสริมพลังและสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน

1.3 หน่วยงานด้านนโยบายสาธารณสุข สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนพัฒนานโยบายหรือแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระบบสุขภาพของประชาชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และดูว่าผลของโปรแกรมยังคงมีประสิทธิภาพในระยะยาวหรือไม่

2.2 ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มวัยทำงานหรือผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์และเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

2.3 ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ความเครียด การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

2. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. JAMA, 311(5), 507–520.
3. กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2563. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.
5. American Heart Association. (2019). Understanding blood pressure readings. https: //www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure readings 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
6. World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension
7. Gaziano, T. A., Bitton, A., Anand, S., Abrahams-Gessel, S., & Murphy, A. (2016). Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. Current Problems in Cardiology, 35(2), 72–115
8. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.
9. Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr., B. W., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Medical Care, 39(11), 1217–1223.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสนม. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่บริการ ปีงบประมาณ 2567. อุบลราชธานี: รพ.สต.บ้านหนองสนม.
11. เฉลิมพล แซ่โล้ว และชิรากร บุญลี. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565.
12. ศิรินทรา ด้วงใส และ ทิพมาส ชิณวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.
13. ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564.
14. กัตติกา วังทะพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
15. คะนึงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. Nursing Journal Volume 45 No. 1 January-March 2018.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

Health Literacy and Health Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease, San Kamphaeng Hospital

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

ธนิต บรรสพผล[1]
Thanit Bansopphon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังทุกระยะ โรงพยาบาลสันกำแพง ระยะ 2 – 4 จำนวน 222 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 อายุเฉลี่ย 67.38 ปี S.D. 7.71 ต่ำสุด 29 ปี สูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.04 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.7 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.0 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.3 ค่าไต(eGFR) เฉลี่ย 61.76 S.D. 19.28 ต่ำสุด 19.00 สูงสุด 89.74 ระยะไตเสื่อม stage2 ร้อยละ 57.7 รองลงมา stage1 ร้อยละ 35.53 stage3a ร้อยละ 13.47 stage3 ร้อยละ 33.8 stage4 ร้อยละ 8.6 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง 2.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.19) 2.2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.88 S.D. = 1.46) 3) พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.97 S.D. = 1.12)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This survey research aimed to study the health literacy and health behavior of diabetic patients with chronic kidney disease at San Kamphaeng Hospital. The sample consisted of 222 diabetic patients with chronic kidney disease at all stages, San Kamphaeng Hospital, stages 2-4. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the research found that 1) The majority of the sample was female, 55.4 percent, with an average age of 67.38 years, S.D. 7.71, the lowest age was 29 years, the highest age was 88 years, 60.04 percent were married, 72.1 percent had a primary education, 43.7 percent were unemployed, 82.0 percent had an income of less than 5,000 baht, and 92.3 percent used the universal health insurance card. The average kidney value (eGFR) was 61.76, S.D. 19.28, the lowest was 19.00, and the highest was 89.74. The stage of kidney failure was stage 2 at 57.7 percent, followed by stage 1 at 35.53 percent, stage 3a at 13.47 percent, stage 3 at 33.8 percent, and stage 4 at 8.6 percent. 2) Health literacy in diabetic patients with chronic kidney disease San Kamphaeng Hospital 2.1) Knowledge about chronic kidney disease It was found that the sample group had knowledge about chronic kidney disease at a moderate level (79.19%). 2.2) Health literacy in diabetic patients with chronic kidney disease at San Kamphaeng Hospital was at a moderate level overall (mean = 2.88 S.D. = 1.46). 3) Health behavior in diabetic patients with chronic kidney disease at San Kamphaeng Hospital was at a high level overall (mean = 3.97 S.D. = 1.12).

Keywords: Health literacy, Health behavior, Diabetic patients with chronic kidney disease

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลสันกำแพง

บทนำ

โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบสุขภาพทั่วโลกเนื่องจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่มักมีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวานการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานมักจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดในไตและนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเป็นภาระที่ใหญ่โตทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาอย่างมากมาย ทั้งในด้านการรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้ยา และการดูแลในระยะยาว[1,2]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[3,4,5] และพฤติกรรมสุขภาพ[6] มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรคเบาหวาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง รวมถึงการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังหลายชิ้นระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังมีผลสำคัญต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้โรคไตแย่ลง การศึกษาผลการวิจัยของอรอนงค์ นิลพัฒน์. (2563)[8] สะท้อนถึงความสำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและโรคไตมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทั้งสองได้ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและชะลอการดำเนินของโรคในระยะยาว

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับการรักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ 2566-2564 .เท่ากับ 693.59, 743และ 1495.15ต่อประชากร 100, 000 ตามลำดับ) โรงพยาบาลสันกำแพง, 2567) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังร่วมด้วย เท่ากับร้อยละ 20.36, 21.08 และ 22.50 จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตมากขึ้น ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดไตเสื่อม ผู้วิจัยในบทบาทแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลสันกำแพง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร หวานจัด เค็มจัด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลสันกำแพง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังทุกระยะ โรงพยาบาลสันกำแพง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จำนวน 348 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan วิธีการสุ่มที่คำนึงถึงความน่าความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพและไม่เป็นผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) อาสาสมัครเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด 2) อาสาสมัครไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม)Questionnaires) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และระยะที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง

2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่มีจำนวน 5 ข้อ คะแนน เต็ม 5 คะแนน มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบข้อคำถามถูกต้อง =1 คะแนน ตอบข้อคำถามไม่ถูกต้อง =0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่ง ระดับคะแนนโดยการแจกแจงความ ถี่และคำนวณหาค่าร้อยละของผู้ตอบถูกต้อง กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน(หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6-8 คะแนน(หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)9-10 คะแนน(หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก)Likert scales) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดระดับคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้านเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง มาก ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง น้อย และระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ซึ่งในแต่ละ ด้านมีจำนวนข้อคำถามดังต่อไปนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน 2) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรค มี 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน 3) ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน 4) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน และ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบ รู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่ง ระดับคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ 8 ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยนำมาจากอรอนงค์ นิลพัฒน์ (2567) เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก)Likert scales) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดระดับคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้านเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นประจำ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองบ่อยครั้ง 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองนานๆ ครั้ง 1 ครั้ง/สัปดาห์ และระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ด้านการบริโภคอาหาร มี 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย มี 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการความเครียด มี 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการดูแลตนเอง มี 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา)Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า และวางแผนนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง)Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้)Tryout) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

ขั้นตอนและวิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและการเก็บรวมรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

2. ชี้แจงโครงการงานวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขออนุญาตดำเนินการศึกษาการศึกษาวิจัยต่อหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันกำแพง

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย วางแผนการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และแจ้งวันเวลานัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอลงเก็บข้อมูล

4. เริ่มเก็บข้อมูล ตามวันเวลาและสถานที่กำหนด ดังนี้

1) ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับกลุ่มตัวอย่าง

2) หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือและตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัยทีมผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3) ผู้วิจัยทำและผู้ช่วยการเก็บข้อมูลด้วยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองและการสัมภาษณ์ซึ่งหน้า ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยใช้การสัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัวปราศจากการรบกวน เพื่อให้ตอบคำถามได้อย่างสะดวก ไม่รู้สึกอึดอัดหรือเกิดความลำบากใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

4) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ)Percentage) ค่าเฉลี่ย)Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ REC no. CM 23/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 อายุเฉลี่ย 67.38 ปี S.D. 7.71 ต่ำสุด 29 ปี สูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.04 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.7 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.0 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.3 ค่าไต(eGFR) เฉลี่ย 61.76 S.D. 19.28 ต่ำสุด 19.00 สูงสุด 89.74 ระยะไตเสื่อม stage2 ร้อยละ 57.7 รองลงมา stage1 ร้อยละ 35.53 stage3a ร้อยละ 13.47 stage3b ร้อยละ 33.8 stage4 ร้อยละ 8.6 และ stage5 ร้อยละ 0.57

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.19)

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง (n=348)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.40	1.34	น้อย
ด้านทักษะการสื่อสาร	2.38	1.21	น้อย
ด้านการตัดสินใจ	3.88	1.48	มาก
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	3.30	1.32	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	2.45	1.26	น้อย
โดยรวม	2.88	1.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.88 S.D. = 1.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านทักษะการจัดการตนเอง และระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

2. พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง (n=348)

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.68	1.09	มาก
ด้านการใช้ยา	4.39	0.93	มากที่สุด
ด้านการจัดการความเครียด	4.50	0.91	มากที่สุด
ด้านการออกกำลังกาย	3.31	1.40	ปานกลาง
ด้านอื่น ๆ	4.59	0.93	มากทีสุด
โดยรวม	3.97	1.12	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.97 S.D. = 1.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการความเครียด และด้านอื่น ๆ ระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร และระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 อายุเฉลี่ย 67.38 ปี S.D. 7.71 ต่ำสุด 29 ปี สูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.04 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.7 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.0 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.3 ค่าไต(eGFR) เฉลี่ย 61.76 S.D. 19.28 ต่ำสุด 19.00 สูงสุด 89.74 ระยะไตเสื่อม stage2 ร้อยละ 57.7 รองลงมา stage1 ร้อยละ 35.53 stage3a ร้อยละ 13.47 stage3 ร้อยละ 33.8 stage4 ร้อยละ 8.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีเหตุผลและสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ด้านทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับปานกลาง แต่ยังต้องการการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพิ่มเติม ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านทักษะการสื่อสาร, และด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนและการพัฒนาทักษะเหล่านี้เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญทิพย์ เฮงไป๋ (2567)[8] ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ฟองเกิด และคณะ (2564)[9] ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 42.13, SD.= 7.09) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา เชาว์ไวย และคณะ (2566) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสันกำแพง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย = 3.97 S.D. = 1.12 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการความเครียด และด้านอื่น ๆ ระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร และระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลสันกำแพงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในหลายด้าน แต่ยังคงต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงสุขภาพโดยรวมให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ นิลพัฒน์ (2567)[8] ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.22, S.D. = 1.10) โดยพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการออกกำลังกายมีคะแนนอยู่ในระดับมาก (mean = 4.32, S.D. = 1.09) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับมากคือการจัดการดูแลตนเอง (mean = 4.05, S.D. = 1.10) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ฟองเกิด และคณะ (2564)[9] ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้(Mean = 40.86, SD.= 5.81)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลสันกำแพงมีความต้องการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังจึงควรเน้นการสนับสนุนและการให้ความรู้ในหลายด้าน รวมถึงการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค

3. ควรมีการการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Fenta ET, Eshetu HB, Kebede N, Bogale EK, Zewdie A, Kassie TD, Anagaw TF, Mazengia EM, Gelaw SS.(2023). Prevalence and predictors of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients worldwide, systematic review and meta-analysis. Diabetol Metab Syndr. 2023 Nov 28;15(1):245. doi: 10.1186/s13098-023-01202-x. PMID: 38012781; PMCID: PMC10683270.

2. Yujiao Deng Na Li Ying Meng Wang Si Yang and other.(2021). Global, Regional, and National Burden of Diabetes-Related Chronic Kidney Disease From 1990 to 2019. Endocrinol. , 01 July 2021 Sec. Clinical Diabetes Volume 12 - 2021 | https://doi.org/10.3389/fendo.2021.672350

3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 18]. เข้าถึงจาก: http://www.hed.go.th/ linkHed/364.

4. วชิระ เพ็งจันทร์. (2561, พฤษภาคม). การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. การประชุมสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 16 ณ ห้องประชุมเธียร์เตอร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลhttps://psdg .anamai.moph.go.th/th/cms-of-82/download/?did=191554&id= 36576&reload=

5. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
6. Kim, S., & Lee, J. Y. (2016). Health literacy and self-care behaviors among older adults with type 2 diabetes. *Journal of Community Health Nursing*, 33(6), 179-190. https://doi.org/10.1080/07370016.2016.1154443
7. อรอนงค์ นิลพัฒน์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2698
8. ขวัญทิพย์ เฮงไป๋.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. [ออนไลน์] https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/
9. สุริยา ฟองเกิด ยะวิษฐา สุขวาสนะ บุศรา สุขสวัสดิ์ ศุภรา หิมานันโต (2564). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ* . 8(1), 208-33.
10. สุพัตรา เชาว์ไวย กิตติพงษ์ พลทิพย์ วิราพร สืบสุนทร จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ ชุมศรี ต้นเกตุ.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(1), 11–20

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Waste Management Model for Residents in the Area of Phibun Mangsahan Municipality, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

วานิช สายยืน[1]
WANIS SAIYUEN[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และ 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 370 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือน 9 เมษายน 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multiple linear regression ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบมาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 54 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มี 6 ปัจจัย คือ จำนวนสมาชิกครอบครัว ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 74.1 (R^2=0.741, R^2_{adj}=0.737, F= 173.344, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการขยะ เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร

Abstract

This mixed-method research aimed to: (1) investigate the factors influencing waste management behavior among residents in Phibun Mangsahan Municipality, Ubon Ratchathani Province; (2) develop a community-based waste management model; and (3) examine the effects of the developed model. The study was conducted in three phases. Phase 1 employed a cross-sectional analytical research design. The sample comprised 370 residents of Phibun Mangsahan Municipality. Data were collected using a researcher-

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

developed questionnaire from April 9 to December 31, 2024. Multiple linear regression analysis was used to identify predictive factors influencing waste management behavior. Phase 2 involved participatory action research (PAR) to develop a community-based waste management model through two PAOR (Planning, Action, Observation, and Reflection) cycles, each consisting of four steps: planning, action, observation, and reflection. This phase lasted 16 weeks and involved 54 key stakeholders and community members. Data were analyzed through categorization and content analysis. Phase 3 utilized a quasi-experimental design to evaluate the effectiveness of the developed model. A sample of 30 residents participated in this phase. The paired t-test was used to compare mean differences in key variables before and after the intervention. The results revealed six significant factors influencing waste management behavior: family size, attitude toward waste management, perceived susceptibility to waste-related risks, perceived severity, perceived benefits of waste management, and perceived barriers. These factors collectively explained 74.1% of the variance in waste management behavior ($R^2 = 0.741$, adjusted $R^2 = 0.737$, $F = 173.344$, $p < 0.001$), with statistical significance at the 0.05 level. The developed waste management model, referred to as the DCSAM Model, comprised five components: Data and Resource Analysis, Community Engagement and Collaboration, Sustainable Waste Management Practices, Awareness Raising and Learning Enhancement, and Monitoring and Continuous Improvement. After the intervention, the experimental group showed statistically significant improvements ($p < 0.05$) in waste management knowledge, attitudes, perceived susceptibility and severity, perceived benefits and barriers, enabling and reinforcing factors, and actual waste management behavior. In conclusion, the DCSAM Model effectively enhanced the waste management capacity of residents in Phibun Mangsahan Municipality, achieving the intended objectives.

Keywords: Model, Waste Management, Phibun Mangsahan Municipality

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยของประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามการขยายตัวของเมือง ชุมชน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน ในขณะที่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดเก็บขน และกำจัดมูลฝอย ในหลายพื้นที่ประสบปัญหาไม่สามารถจัดหาสถานที่กำจัดมูลฝอย ขาดการบริหารจัดการที่ดี ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการที่เหมาะสม และเกิดความขัดแย้งในการดำเนินการ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาจากมูลฝอยได้ทันการณ์ เป็นเหตุให้เกิดมูลฝอยตกค้าง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เกิดปัญหาด้านทัศนียภาพ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์ และแมลงนำโรค และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน[1] ปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบหลายด้านทั้งมลภาวะของอากาศ น้ำ รวมถึงสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ผลกระทบจากขยะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ และสิ่งแวดล้อม อาทิ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและพาหะของโรค เชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนมากับขยะมูลฝอยมีโอกาสที่จะขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้นได้ จึงทำให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญของเชื้อโรค แมลงวัน หนู แมลงสาบ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคมาสู่คนได้ เป็นบ่อเกิดของโรคเนื่องจากการเก็บรวบรวมและการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ดี หรือปล่อยปละละเลยทำให้มีขยะมูลฝอยเหลือทิ้งค้างไว้ในชุมชน จะเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคต่างๆ เช่น ตับอักเสบ เชื้อไทฟอยด์ เชื้อโรคเอดส์ ฯลฯ เป็นแหล่งกำเนิดและอาหารของสัตว์ต่างๆ ที่เป็นพาหะนำโรคมาสู่คน เช่น แมลงวัน แมลงสาบ และหนู เป็นต้น ก่อให้เกิดความรำคาญ ขยะมูลฝอย การเก็บรวบรวมได้ไม่หมดก็จะเกิดเป็นกลิ่นรบกวน กระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน นอกจากนั้นฝุ่นละอองที่เกิดจากการเก็บรวบรวมการขนถ่าย และการกำจัดขยะก็ยังคงเป็นเหตุรำคาญที่มักจะได้รับการร้องเรียนจากประชาชนในชุมชนอยู่เสมอก่อให้เกิด

มลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ซากถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์ จะส่งผลต่อปริมาณโลหะหนักพวกปรอท แคดเมียม ตะกั่ว ในดินมาก ซึ่งจะส่งผลเสียต่อระบบนิเวศน์ในดิน และเมื่อฝนตกมาจะ ทำให้น้ำเสียจากกองขยะมูลฝอยไหลปนเปื้อนดินบริเวณรอบ ๆ ทำให้เกิดมลพิษของดินได้ และถ้ามีการเผาขยะมูลฝอยกลางแจ้งทำให้เกิดควันมีสารพิษทำให้คุณภาพของอากาศเสียและทำให้เกิดการเสี่ยงต่อสุขภาพ ขยะมูลฝอยที่ทิ้งและรวบรวมโดยขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะมูลฝอยพวกของเสียอันตราย ถ้าขาดการจัดการที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ง่าย เช่น โรคทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีแมลงวันเป็นพาหะ หรือได้รับสารพิษที่มากับของเสียอันตราย[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนหลายปัจจัย และพบแนวทางหรือรูปแบบการจัดการขยะที่ดีหลายรูปแบบขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ตลอดจนศักยภาพของคนในชุมชนนั้น ๆ จากการศึกษาของลิลตา ทองบุราณ และคณะ[3] ศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ทัศนคติ และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนต่อการคัดแยกขยะมูลฝอย ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนต่อการคัดแยกขยะมูลฝอย และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนต่อการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นฤญา ยางธิสาร และคณะ[4] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยจากบุคคลในครัวเรือน และเพื่อนบ้าน (beta=0.377) ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (beta=0.369) จำนวนการใช้บริการร้านรับซื้อของเก่า (beta=0.232) การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (beta=0.148) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนร้อยละ 41.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กัญจน์ณิชา สุดชารี และคณะ[5] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในชุมชน ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม รวมทั้ง รายได้ และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในชุมชน นภัส น้ำใจตรง และนรินทร์ สังข์รักษา[6] ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 81.20 และส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ตามลำดับ

เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบพื้นที่ขนาดใหญ่ เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยเนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมือง มีคนอาศัยจำนวนมาก มีจำนวนประชากรทั้งหมด 10,697 คน 4,662 ครัวเรือน อัตราการสร้างขยะวันละ 1.13 กิโลกรัมต่อคน (วิจารย์ สิมาฉายา, 2563) มีปริมาณขยะมูลฝอยอยู่ที่ 12.08 ตันต่อวัน หรือ 362.4 ตันต่อเดือน มีรถเก็บขนขยะมูลฝอยจำนวน 20 คัน ที่ใช้

ปฏิบัติงานในพื้นที่ รูปแบบในการจัดการขยะมูลฝอย ใช้การจัดวางถังรองรับขยะมูลฝอยตามหน้าบ้านของประชาชน แล้วให้รถเก็บขนขยะมูลฝอยออกปฏิบัติงานจัดเก็บทุกวัน โดยนำไปทิ้งที่บ่อทิ้งขยะโดยเสีย(ไม่เสีย)ค่าธรรมเนียมในการทิ้งขยะ และเนื่องจากเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีสร้างขยะแต่ละวันจำนวนมากจึงทำให้เกิดปัญหาการจัดเก็บขยะมูลฝอยและกำจัดไม่หมด โดยในหนึ่งเดือนจะเหลือขยะที่ไม่ได้จัดเก็บและทำลายจำนวน 300 ตัน (เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร, 2567) ด้านพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในพื้นที่พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหารมีการคัดแยกขยะมูลฝอยและให้ความร่วมมือในการคัดแยกขยะก่อนทิ้งเพียงร้อยละ 22 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะ จึงทำให้ขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปัญหาขยะที่เพิ่มปริมาณมากขึ้นทุกวัน สะสมเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคแก่ประชาชน ประกอบกับพื้นที่เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีประสบปัญหาเรื่องการจัดการขยะเช่นเดียวกับปัญหาของประเทศ และยังไม่มีแนวทางการการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่จะทำให้ประชาชนมีการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทางที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะได้ปัจจัยและรูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นแนวทางในการจัดการขยะในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน การศึกษา และสมาชิกครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของถังขยะของเทศบาล ความถี่ของการเก็บขยะของเทศบาล และความสะดวกในการนำขยะไปรวมที่ถังขยะ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการขยะประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบวิธีการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานเชิงลำดับประเภทอธิบาย (Explanatory Design) โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบตามแนวคิดการกระบวนพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart[8] โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.80 มีอายุเฉลี่ย 37.66 ปี (S.D.=11.13 ปี) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.50 มีมัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,000 บาท (P25=7,000 บาท : P75=9,000 บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 59.7 มีจำนวนสมาชิกครอบครัว เฉลี่ย 1.38 คน (S.D.=0.86 คน) ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คือ จำนวนสมาชิกครอบครัว ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 74.1 (R^2=0.741, R^2_{adj}=0.737, F=173.344, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการจัดการ

คุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คือ DCSAM Model ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลและทรัพยากร (Data and Resource Analysis) หมายถึง การศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการขยะในพื้นที่ เช่น ชนิดและปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในชุมชน ทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ได้ รวมถึงความพร้อมของประชาชนในการปรับตัวให้เข้ากับแนวทางใหม่ ๆ จากนั้นจึงกำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนา เช่น ลดปริมาณขยะทั่วไป เพิ่มการรีไซเคิล และส่งเสริมการนำขยะอินทรีย์ไปใช้ประโยชน์

3.2 การเสริมสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement, Collaboration) หมายถึง การสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชน ผู้นำชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทุกฝ่าย พร้อมทั้งจัดกิจกรรมที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ เช่น การจัดกลุ่มอาสาสมัครแยกขยะในแต่ละหมู่บ้าน การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด

3.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะที่ยั่งยืน (Sustainable Waste Management Practices) หมายถึง การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมกับชุมชน รวมถึงการแยกขยะที่ต้นทาง การจัดตั้งจุดรวบรวมขยะตามชุมชน การส่งเสริมการนำขยะรีไซเคิลกลับมาใช้ใหม่ การกำจัดขยะอันตรายอย่างถูกวิธี และการทำปุ๋ยหมักจากขยะอินทรีย์ นอกจากนี้สามารถสร้างนวัตกรรม เช่น ถังขยะอัจฉริยะที่แยกประเภทขยะได้เอง แอปพลิเคชันที่ช่วยติดตามปริมาณขยะในแต่ละครัวเรือน

3.4 การสร้างความตระหนักรู้การส่งเสริมการเรียนรู้ (Awareness Raising, Learning Enhancement) หมายถึง การรณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน รวมถึงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ประชาชนเรียนรู้วิธีการแยกขยะ ลดขยะในชีวิตประจำวัน ควรมีการให้ความรู้ผ่านโรงเรียน ให้นักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ เช่น โครงการรีไซเคิลในโรงเรียน กิจกรรมแข่งขันการแยกขยะในระดับหมู่บ้าน

3.5 การติดตามผล การปรับปรุงต่อเนื่อง (Monitoring, Continuous Improvement) หมายถึง การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน การวิเคราะห์ปริมาณขยะที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น การตรวจสอบพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบการจัดการขยะให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

4. ผลของรูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

4.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการ

จัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.53 คะแนน (95%CI=2.82-4.24) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะเพิ่มขึ้น 21.50 คะแนน (95%CI=19.46-23.53) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะเพิ่มขึ้น 6.43 คะแนน (95%CI=4.38-8.48) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของขยะเพิ่มขึ้น 6.47 คะแนน (95%CI=5.21-7.71) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะเพิ่มขึ้น 3.80 คะแนน (95%CI=1.82-5.77) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะเพิ่มขึ้น 11.06 คะแนน (95%CI=9.65-12.47) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยเอื้อเพิ่มขึ้น 9.40 คะแนน (95%CI=8.13-10.66) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยเสริม เพิ่มขึ้น 15.43 คะแนน (95%CI=13.25-17.61) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน เพิ่มขึ้น 16.00 คะแนน (95%CI=12.78-19.21) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ตามการวิเคราะห์ลำดับพหุเชิงชั้น มีตัวแปรต้นทั้งหมด 6 ตัวแปร คือ จำนวนสมาชิกครอบครัว ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของขยะ การรับรู้ความรุนแรงของขยะ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความรุนแรงของขยะเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ประชาชนตระหนักถึงผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขณะเดียวกันเพศก็มีอิทธิพลเนื่องจากบทบาทและหน้าที่ในครัวเรือนที่แตกต่างกัน ทำให้บางเพศมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมจัดการขยะที่ดีกว่า ปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนจากชุมชนหรือหน่วยงานท้องถิ่น มีส่วนช่วยกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการขยะและปัจจัยเอื้อ เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์หรือบริการจัดเก็บขยะ ช่วยให้ประชาชนเห็นความคุ้มค่าและสะดวกต่อการลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะที่เพียงพอทำให้ประชาชนสามารถเลือกวิธีจัดการขยะได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้เมื่อรวมกันแล้วส่งผลให้แบบจำลองสามารถอธิบายพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนได้อย่างครอบคลุมถึงร้อยละ 74.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ[9] พบว่า มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ต่อเดือน (Beta=0.133) การรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะในครัวเรือน (Beta=0.116) การได้รับการสนับสนุนระบบการจัดการขยะในชุมชน (Beta=0.2750) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะในครัวเรือน (Beta=0.322) และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะในชุมชน (Beta=0.243) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 46.30 นฤญา ยางธิสาร และคณะ[4] พบว่า เมื่อพิจารณาความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ

คัดแยกขยะมูลฝอยจากบุคคลในครัวเรือน และเพื่อนบ้าน (beta = 0.377) ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (beta = 0.369) จำนวนการใช้บริการร้านรับซื้อของเก่า (0.232) การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (0.148) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนร้อยละ 41.60

2. รูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดีและสามารถใช้ในการแก้ปัญหาพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ทรัพยากร การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างรอบด้าน ก่อนจะพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของประชาชนจริง ๆ ที่สำคัญคือการเสริมสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและความยั่งยืนในการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังเน้นการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมของเยาวชนผ่านโรงเรียน ซึ่งจะช่วยปลูกฝังพฤติกรรมการจัดการขยะอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การมีระบบติดตามผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องยังทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี จึงถือเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและสามารถนำไปขยายผลในชุมชนอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเศรษฐวุฒิ เกียรติวิชากูล[10] พบว่า รูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาจำนวน 12 กิจกรรม คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย กิจกรรมสื่อสารสื่อความหมาย การศึกษาดูงาน ฝึกการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 5 R ฝึกการจัดทำปุยหมักและน้ำหมักชีวภาพ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การนำความรู้ไปเผยแพร่สู่ชุมชน การรณรงค์ Big Cleaning Day เดือนละ 2 ครั้ง การรณรงค์สร้างชุมชนสีเขียว กิจกรรมตั้งกฎกติกาหมู่บ้าน เช่น จัดตั้งระบบเฝ้าระวังและตรวจสอบการละเมิดกฎหมู่บ้าน การประกวดครอบครัวต้นแบบ ด้านการรักษาความสะอาด ไชยะสิด วิลาพัด และคณะ[11]พบว่า รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมี 14 กิจกรรม คือ 1) ด้านความรู้ มี 5 กิจกรรม ประกอบด้วย การอบรมความรู้ในการจัดการขยะ การทำปุยหมัก หนูน้อยจิตอาสา การลดการใช้ถุงพลาสติกและกล่องโฟม และแอบมองนะ (การคัดแยกขยะ การจัดตั้งสถานที่ทิ้งขยะแยกประเภทในชุมชน) 2) ด้านการสื่อสาร มี 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 5 นาทีมีสาระ การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ และชุมชนสดใส ใส่ใจสิ่งแวดล้อม 3) ด้านเจตคติ มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย ชุมชนสีวิไล สดใส่ตลอดกาล และลดขยะด้วยมือเรา 4) ด้านความตะหนัก มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย ชุมชนสะอาดด้วยใจเรา และสำนึกรักแขวงจำปาสัก 5) ด้านการมีส่วนร่วม มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 3 สร้างและชุมชนสีเขียว สะอาด งามตา และเป็นระเบียบเรียบร้อย

3. ผลของรูปแบบการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากรูปแบบการจัดการขยะ DCSAM Model ได้รับการออกแบบโดยอิงหลักการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ การเสริมสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การสร้างความตระหนักรู้และส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการติดตามผลและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชนให้

เห็นถึงความสำคัญของการจัดการขยะ พร้อมทั้งลดอุปสรรคและเพิ่มแรงจูงใจผ่านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ส่งผลให้ตัวแปรทุกด้านที่วัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิษฐ สร้อยจักร[12] พบว่า หลังการดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือนทั้งด้าน Reduce, Reuse และ Recycle เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไตรรงค์ ทองนาค[13] พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และพฤติกรรมการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ณัทกร วิฑิตถิรานนท์[14] พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และพฤติกรรมการจัดการขยะ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ วรวุฒิ ผิวนางงาม และคณะ (2567) พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 5.58 เป็น 8.21 คะแนน ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 35.02 เป็น 39.56 คะแนน และหลังการติดตาม 2 สัปดาห์ เพิ่มเป็น 44.44 คะแนน ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรส่งเสริมและขยายการใช้รูปแบบ DCSAM Model ไปยังพื้นที่อื่น ที่มีลักษณะทางชุมชนและปัญหาการจัดการขยะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโมเดลนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรบูรณาการรูปแบบ DCSAM Model เข้ากับแผนงานพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามผล และการปรับปรุงต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความยั่งยืนในการจัดการขยะ

1.3 ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้และกิจกรรมเสริมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการจัดการขยะ เช่น การจัดประกวดหมู่บ้านต้นแบบด้านการจัดการขยะ การสร้างเครือข่ายเยาวชนสิ่งแวดล้อม หรือการพัฒนาแอปพลิเคชันสนับสนุนการแยกขยะในครัวเรือน เพื่อเสริมสร้างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านเพศ อายุ อาชีพ และพื้นที่ เช่น เปรียบเทียบเขตเมืองกับชนบท หรือกลุ่มวัยรุ่นกับผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

2.2 ควรใช้ระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาวหลังการใช้รูปแบบ DCSAM Model เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการขยะ และตรวจสอบว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสามารถคงอยู่ได้ในระยะยาวหรือไม่

2.3 ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะ เช่น อิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมในการพัฒนาโมเดลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กานดา ปุ่มสิน, ทอแสง พิมพ์เบ้าธรรม และ นลพรรณ เจนจำรัสฤทธิ์. การศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลแก้งไก่ อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์ วิศวกรรม และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (2021) กรกฎาคม – ธันวาคม 2564.
2. ศักดิ์นคร คำภีระ. (2567). ผลกระทบของการจัดการขยะมูลฝอยต่อสุขภาพของประชาชนในเขตชุมชน. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยสิ่งแวดล้อมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
3. ลิลตา ทองบุราณ, และคณะ. (2564). พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 23(2), 88–97.
4. นฤญา ยางธิสาร, พันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพ็ชร และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี. 2563.
5. กัญจน์ณิชา สุดชารี, นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และธีรศักดิ์ พาจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562.
6. นภัส น้ำใจตรง และนรินทร์ สังข์รักษา. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้มอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารชุมชนวิจัย ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562. ตีพิมพ์บทความ : 22 เมษายน 2562.
7. เศรษฐวุฒิ เกียรติวิชากูล. (2564). รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2564.
8. ไชยะสิด วิลาพัด รังสรรค์ สิงหเลิศ และ แดนวิชัย สายรักษา. (2561). รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารช่อพะยอม ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (มิถุนายน - ตุลาคม) พ.ศ. 2561.
9. วิจารย์ สิมาฉายา. (2563). รายงานสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร.
10. เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร. (2567). รายงานสถิติการจัดการขยะมูลฝอยประจำปี พ.ศ. 2567. อุบลราชธานี: เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร.
11. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University, 1988.
12. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บรรณกร เสือสิงห์, วัฒนศักดิ์ จันทร์แปลง, วิเชียร พุทธภูมิ และบุญชนัฏฐา พงษ์ปรีชา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561.
13. บัณฑิษฐ สร้อยจักร. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 124–131.
14. ไตรรงค์ ทองนาค. (2565). ผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองขุขันธ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(2), 35–44.
15. ณัทกร วิทิตถิรานนท์. (2565). ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3), 31–40.

ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน
The predictive factors of mortality in STEMI patients at community hospitals and private network hospitals:

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

พรลักษณ์ หาญพาณิชย์[1] **วรากร คำน้อย**[2]
Pornluck Harnphanich[1] Warakorn Kamnoy[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชนจำนวน 148 คน โรงพยาบาลชุมชน 154 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-30 ธันวาคม 2567 แสดงสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยปัจจัยเดียวและปัจจัยร่วม

ผลการศึกษา: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน กับโรงพยาบาลชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระยะเวลา FMC to device time >120 min โดยพบว่า ในโรงพยาบาลชุมชนมีระยะเวลามากกว่า (84.37 ± 3.92 นาที, 38.12 ± 6.85 นาที) และจำนวนการเสียชีวิตมากกว่าโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน (ร้อยละ 24.67, ร้อยละ 18.24) ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI เหมือนกันได้แก่ ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, Previous MI, Onset-to-FMC > 180 min ส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ Stroke, ESI ระดับ 3,4, Cardiogenic shock, ประวัติสูบบุหรี่, door to EKG > 10 min, FMC to device time >120 min

สรุป จากการศึกษานี้ ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, Previous MI, Onset-to-FMC > 180 min เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

คำสำคัญ: การเสียชีวิต, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

Abstract

Objective: To study the factors predicting mortality in STEMI patients in community hospitals and private network hospitals.

Methods: This is a retrospective study with two sample groups: 148 patients from private network hospitals and 154 patients from community hospitals between January 1, 2015, and December 30, 2024. Descriptive statistics were used, and the analysis was performed with univariate and multivariate factors.

Results: The general characteristics of STEMI patients who died in private network hospitals and community hospitals showed no significant differences, except for the duration of FMC to device time >120 minutes. It was found that community hospitals had a longer duration (84.37 ± 3.92 minutes, 38.12 ± 6.85 minutes) and a higher mortality rate compared to private network hospitals (24.67% vs. 18.24%). Factors influencing mortality in STEMI patients in both private network and community hospitals included age > 60 years, previous MI, and Onset-to-FMC > 180 minutes. Factors that differed between the two groups were stroke, ESI level 3 or 4, cardiogenic shock, smoking history, door to EKG > 10 minutes, and FMC to device time >120 minutes.

---

[1] รองกรรมการผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการ Chief Operating Officer

[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลท่าหลวง

Conclusion: This study found that age > 60 years, previous MI, and Onset-to-FMC > 180 minutes were significant factors influencing mortality in STEMI patients in both community hospitals and private network hospitals.

Keywords: Mortality, Acute Myocardial Infarction, Community Hospitals, Private Network Hospitals

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction : AMI) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของประชากรโลก จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.20 และมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เสียชีวิตมักอยู่ในประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มสูงขึ้น สถิติปี 2561 - 2563 พบอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 515.91, 535 และ 527.32 และมีอัตราการตายเท่ากับ 31.8, 31.0 และ 32.6 ตามลำดับ[1] ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เกิดการตีบหรืออุดตันจากไขมันและคอเลสเทอรอล สะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด (fibrous plaque) มีการฉีกขาดหรือปริแตก ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้น เสียหายอย่างถาวรจากการขาดออกซิเจนและสารอาหารอย่างรุนแรง และเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงัก หรืออาจตาย จากภาวะหัวใจวายในเวลาต่อมา ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI) คือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตันจากลิ่มเลือด ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี ได้แก่ 1. การใช้หัตถการรักษาโรคหลอดเลือด โคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous coronary intervention; PCI) และ 2. การให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ยา Streptokinase ทางหลอดเลือดดำเพื่อเปิดเส้นเลือดโคโรนารีให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังขาดเลือดโดยเร็วที่สุด เพื่อจำกัดบริเวณของเนื้อตายให้เล็กที่สุดและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[2]

ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลของประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI แม้ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI พบปัจจัยที่สำคัญที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี เพศหญิง หัวใจบีบตัวล้มเหลว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้นก่อนมาโรงพยาบาล[3,4] ดังนั้นการลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นความสำคัญและท้าทายแพทย์ผู้ให้การรักษาอย่างยิ่ง ที่ผ่านมายังไม่เคยศึกษาถึงอัตราการเสียเสียชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในฐานะผู้บริหารโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน จึงต้องการที่จะศึกษาอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ลักษณะผู้ป่วย STEMI และปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน และเปรียบเทียบกับในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

วิธีดำเนินการวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัย ST elevation ACS ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-30 ธันวาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัย ST elevation ACS
3. เป็นผู้ที่ได้รับยา SK หรือเป็นผู้ที่ได้รับการทำ PCI

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี
2. ผู้ป่วยที่เป็น secondary myocardial infarction จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ cardiogenic shock เช่น Severe septic shock, Hypovolemic shock, Adrenal shock

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัย ST elevation ACS ที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-30 ธันวาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัย ST elevation ACS
3. เป็นผู้ที่ได้รับยา SK หรือเป็นผู้ที่ได้รับการทำ PCI (ส่งตัวไปโรงพยาบาลอานันทมหิดล)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี
2. ผู้ป่วยที่เป็น secondary myocardial infarction จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ cardiogenic shock เช่น Severe septic shock, Hypovolemic shock, Adrenal shock

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ 3) ข้อมูลปัจจัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม 4) ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง 5) ข้อมูลปัจจัยด้านอื่น ๆ และการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลปัจจัยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียวด้วย univariate analysis และหาปัจจัยคราวละหลายปัจจัยด้วย multivariate analysis

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 71/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558-30 ธันวาคม 2567 จากจำนวนผู้ป่วย 148 คน ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 59.87±18.94 ปี ผู้ป่วยโดยมากมีอายุ >60 ปี สูงถึง 69 คน (ร้อยละ 46.62) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 97 (ร้อยละ 65.54) โรคประจำตัวร่วมที่พบมากคือ โรคเบาหวาน 63 คน (ร้อยละ 42.57) โรคความดันโลหิตสูง 91 คน (ร้อยละ 61.48) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 9 คน (ร้อยละ 6.08) มีประวัติสูบบุหรี่ 48 คน (ร้อยละ 32.43) ระดับความรุนแรง (ESI) ระดับ 3 และ 4 จำนวน 57 คน (ร้อยละ 38.51) Atypical chest pain 25 คน (ร้อยละ 16.89) มี Atrial fibrillation 42 คน (ร้อยละ 23.37) มีประวัติ Previous MI 6 คน (4.05) มีภาวะ Cardiogenic shock 67 คน (ร้อยละ 45.27) ระยะเวลา Onset-to-FMC > 180 min โดยมาถึงห้องฉุกเฉินนานกว่า 3 ชั่วโมง 32 คน (ร้อยละ 21.62) เฉลี่ย 154.53±10.82 นาที door to EKG > 10 min 8 คน (ร้อยละ 5.40) เฉลี่ย 8.24±2.39 นาที STEMI to diagnosis > 10 min จำนวน 3 คน (2.02) เฉลี่ย 9.85±2.01 นาที FMC to device time >120 min จำนวน 4 คน

(2.70) เฉลี่ย 38.12 ± 6.85 นาที พบผู้เสียชีวิต 27 คน (ร้อยละ 18.24)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558-30 ธันวาคม 2567 จากจำนวนผู้ป่วย 154 คน ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61.32±13.41 ปี ผู้ป่วยโดยมากมีอายุ >60 ปี 78 คน (ร้อยละ 50.65) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 110 คน (ร้อยละ 71.42) โรคประจำตัวร่วมที่พบมาก คือ โรคเบาหวาน 61 คน (ร้อยละ 39.61) โรคความดันโลหิตสูง 114 คน (ร้อยละ 74.02) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 12 คน (ร้อยละ 7.79) มีประวัติสูบบุหรี่ 43 คน (ร้อยละ 27.92) ระดับความรุนแรง (ESI) ระดับ 3 และ 4 จำนวน 63 คน (ร้อยละ 40.91) Atypical chest pain 34 คน (ร้อยละ 22.08) มี Atrial fibrillation 50 คน (ร้อยละ 32.47) มีประวัติ Previous MI 9 คน (ร้อยละ 5.84) มีภาวะ Cardiogenic shock 74 คน (ร้อยละ 48.05) ระยะเวลา Onset-to-FMC > 180 min โดยมาถึงห้องฉุกเฉินนานกว่า 3 ชั่วโมง 91 คน (ร้อยละ 59.09) เฉลี่ย 158.23±12.37 นาที door to EKG > 10 min 88 คน (ร้อยละ 57.14) เฉลี่ย 10.08±2.28 นาที STEMI to diagnosis > 10 min จำนวน 6 คน (3.89) เฉลี่ย 9.63±2.18 นาที FMC to device time >120 min จำนวน 29 คน (18.83) เฉลี่ย 84.37 ± 3.92 นาที พบผู้เสียชีวิต 38 คน (ร้อยละ 24.67)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน กับโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระยะเวลา FMC to device time >120 min โดยพบว่า ในโรงพยาบาลชุมชนมีระยะเวลามากกว่า และจำนวนการเสียชีวิตมากกว่าโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชนแบบปัจจัยเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ > 60 ปี, มีโรคร่วมเบาหวาน, Stroke, ประวัติสูบบุหรี่, ESI ระดับ 3,4, Atypical chest pain, Atrial fibrillation, Previous MI, Cardiogenic shock, Onset-to-FMC > 180 min แต่เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, Stroke, ESI ระดับ 3,4, Previous MI, Cardiogenic shock, Onset-to-FMC > 180 min เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี OR_{adj} (95% CI) 1.17 (0.84-2.98), 2.94 (2.14-5.39), 6.57 (2.75-13.26), 1.07 (0.41-6.03), 1.74 (1.12-7.87), 4.97 (2.40-21.34) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชนแบบปัจจัยเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ > 60 ปี , เพศชาย, ประวัติสูบบุหรี่, ESI ระดับ 3,4, Atypical chest pain, Atrial fibrillation, Previous MI, Cardiogenic shock, Onset-to-FMC > 180 min, door to EKG > 10 min, FMC to device time >120 min แต่เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า อายุ > 60 ปี, ประวัติสูบบุหรี่, Previous MI, Onset-to-FMC > 180 min, door to EKG > 10 min, FMC to device time >120 min, Cardiogenic shock เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี OR_{adj} (95% CI) 3.54 (0.97-4.38), 0.87 (0.42-3.64), 6.34 (1.18-14.20), 9.08 (3.14-21.08), 3.48 (0.36-9.21) และ3.10 (1.37-9.24) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI เหมือนกันได้แก่ ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, Previous MI, Onset-to-FMC > 180 min ส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ Stroke, ESI ระดับ 3,4, Cardiogenic shock, ประวัติสูบบุหรี่, door to EKG > 10 min, FMC to device time >120 min

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน (N=148)

ปัจจัย	univariate analysis		multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR_{adj} (95% CI)	p-value
อายุ > 60 ปี	1.48 (0.49-3.32)	0.047*	1.17 (0.84-2.98)	0.032*
เพศหญิง	2.81 (0.40-3.87)	0.728		
โรคเบาหวาน	2.57 (0.13-2.34)	0.037*	2.38 (0.42-2.74)	0.069
โรคความดันโลหิตสูง	1.45 (0.46-4.53)	0.138		
ไขมันในเลือดสูง	0.57 (0.03-1.07)	0.334		
CKD	0.89 (0.10-5.72)	0.785		
Stroke	2.73 (2.31-4.28)	0.024*	2.94 (2.14-5.39)	0.021*
ประวัติสูบบุหรี่	2.19 (0.98-9.04)	0.009*		
ESI 3,4	8.42 (3.34-24.80)	0.025*	6.57 (2.75-13.26)	0.001*
Atypical chest pain	2.34 (0.94-4.67)	0.048*	1.83 (0.33-2.09)	0.098
Atrial fibrillation	1.24 (0.61-2.76)	0.040*	0.97 (0.82-2.23)	0.088
Previous MI	1.89 (0.37-6.78)	0.039*	1.07 (0.41-6.03)	0.052*
Cardiogenic shock	2.31 (1.03-5.21)	0.007*	1.74 (1.12-7.87)	0.037*
Onset-to-FMC > 180 min	4.27 (2.36-19.84)	0.009*	4.97 (2.40-21.34)	0.005*
door to EKG > 10 min	1.04 (0.94-3.64)	0.094		
STEMI to diagnosis > 10 min	3.87 (1.78-11.02)	0.058		
FMC to device time >120 min	2.14 (1.13-8.47)	0.065		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชุมชน (N=154)

ปัจจัย	univariate analysis		multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR_{adj} (95% CI)	p-value
อายุ > 60 ปี	3.68 (1.48-8.34)	0.001*	3.54 (0.97-4.38)	0.000*
เพศหญิง	1.93 (0.87-5.06)	0.050*	1.82 (0.67-5.11)	0.059
โรคเบาหวาน	2.84 (1.32-6.47)	0.057		
โรคความดันโลหิตสูง	2.63 (1.13-3.78)	0.236		
ไขมันในเลือดสูง	2.98 (0.47-6.32)	0.871		
CKD	1.39 (1.14-5.72)	0.638		
Stroke	0.84 (0.32-3.65)	0.083		
ประวัติสูบบุหรี่	0.97 (0.23-2.14)	0.004*	0.87 (0.42-3.64)	0.003*
ESI 3,4	6.03 (1.77-13.94)	0.003*	5.89 (1.63-12.38)	0.067
Atypical chest pain	4.02 (1.28-8.03)	0.007*	4.33 (0.97-6.31)	0.136
Atrial fibrillation	0.78 (0.34-1.27)	0.001*	0.85 (0.29-1.32)	0.327
Previous MI	6.34 (1.18-14.20)	0.002*	6.34 (1.18-14.20)	0.002*
Cardiogenic shock	4.07 (1.43-6.87)	0.001*	3.74 (1.38-5.63)	0.001*

ปัจจัย	univariate analysis		multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR_{adj} (95% CI)	p-value
Onset-to-FMC > 180 min	9.08 (3.14-21.08)	0.000*	9.08 (3.14-21.08)	0.000*
door to EKG > 10 min	3.48 (0.36-9.21)	0.003*	3.48 (0.36-9.21)	0.003*
STEMI to diagnosis > 10 min	1.87 (0.34-7.03)	0.061		
FMC to device time >120 min	2.32 (1.13-8.47)	0.003*	3.10 (1.37-9.24)	0.000*

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน และโรงพยาบาลชุมชนในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิธียุทธ คำตรี (ร้อยละ 56.3, 47.6)ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น คือ มีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่าการศึกษาของ ณัฐพงศ์ กาญจนะโกมล[5] (ร้อยละ 27.8, 55.2) Thiele H[6] และ Zeymer U[7] (ร้อยละ 35.4 และ 32.7:) ความดันโลหิตสูงมากกว่าการศึกษาของ Thiele H (ร้อยละ 41.1, 47.6) แสดงให้เห็นว่าในเขตพื้นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก และบ่งบอกถึงการควบคุมโรคที่ยังไม่ดี

อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน พบร้อยละ 18.24 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 24.67 ซึ่งมากกว่าการศึกษาอื่น เช่น Bromage และคณะ[8] พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 7.7 Kochar และคณะ ร้อยละ 5.7 Tung และคณะ ร้อยละ 3.4 และสูงกว่าการศึกษาในประเทศไทย ของณัฐพงศ์ กาญจนะโกมล พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 12.3

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, Previous MI, Onset-to-FMC > 180 min, Stroke, ESI ระดับ 3,4, Cardiogenic shock, ประวัติสูบบุหรี่, door to EKG > 10 min, FMC to device time >120 min สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ เช่น ผลการศึกษาของประเทศไทย (Thai ACS registry) พ.ศ. 2560 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุที่มากกว่า ภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และจากข้อมูลของ SHOCK Trial ที่ศึกษาในผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากถึงร้อยละ 50 แม้จะได้รับการรักษาด้วยการทำ revascularization อย่างรวดเร็ว การศึกษาของ Bromage และคณะ ศึกษาผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตมีอายุมากกว่า 80 ปี สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่มีผลอย่างมากต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้พบว่าอายุที่มากกว่า 60 ปีเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน 1.17 เท่า และโรงพยาบาลชุมชน 3.5 เท่า สำหรับเพศ จากการศึกษานี้พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI เมื่อวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Cretu และคณะ[9] พบว่าผู้ป่วยหญิงมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่สูงกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Salehi N และคณะ[10] ทีพบว่ากลุ่มที่เสียชีวิตมีแนวโน้มสูงกว่าในผู้ป่วยหญิง ซึ่งมักมีอายุที่มากกว่าและมีโรคร่วมมากกว่า ซึ่งจากการศึกษานี้ผู้ป่วยหญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าชาย และมีโรคประจำตัวอย่างเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสัดส่วนที่มากกว่าชาย นอกจากนี้เป็นผู้ป่วยที่มี Previous MI มาก่อน

ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา หรือ Onset-to-FMC ที่ยาวนาน มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Koirala และคณะ[11] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นมีผลกับอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่เพิ่มมากขึ้น เช่น เดียวกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีแนวโน้มของระยะเวลา FMC to device time >120 min ในโรงพยาบาลชุมชน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยและผู้พบเหตุยังมีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ถูกต้อง โดยหายาทานเอง บีบนวดและรอให้อาการทุเลา มีผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลนานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ใช้เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังมาก่อน และแม้ผู้ป่วยและญาติจะทราบหมายเลขโทรศัพท์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แต่ส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ แสนแสง และคณะ[12]

และจากการศึกษานี้พบว่า ความรุนแรงของการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ (ESI) ระยะเวลา FMC to device time มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ในผู้ป่วยที่มีอาการนำทั้งแบบ typical และ atypical chest pain เมื่อพิจารณาความแตกต่างระดับความรุนแรงของ ESI จะอยู่ที่ระดับ 1 หรือ 2 ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ ECG ภายในเวลา 10 นาที จึงทำให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รวดเร็ว เนื่องจาก ESI ถูกใช้เป็นตัวกำหนดลำดับความเร่งด่วนในการเข้ารับการตรวจของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ESI อยู่ในระดับ 3 หรือ 4 ซึ่งถือว่าเร่งด่วนน้อยกว่าโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน/ไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม ส่งผลให้เกิดความล่าช้า ทั้งในการเข้ารับการบริการ การทำ ECG การวินิจฉัย เพิ่มระยะเวลาการส่งต่อ และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Clare[13] ซึ่งพบว่าการคัดกรองที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ส่งผลทำให้ FMC to device time > 120 นาที ได้

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร อบรมให้ความรู้ การคัดกรอง /อาการนำ/การประเมิน/การรักษา MI แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพสต/อสม. อบรมเกี่ยวกับโรคฉุกเฉินและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ อสม.

2. ประชาสัมพันธ์ จัดทำสติกเกอร์ ให้ความรู้ อาการนำ MI แก่ อสม. ประชาชน ผู้ป่วย NCD ผู้ป่วยทั่วไป ประชาสัมพันธ์อาการนำ MI แก่ผู้นำชุมชนในการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

3. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย จัดทำจุด Triage ด่านหน้า โดยใช้ระบบ Moph triage ทบทวนกระบวนการใช้ CPG ผู้ป่วย MI

4. โรงพยาบาลชุมชน ควรกำหนดแนวทางการเตรียมทีม/เตรียมรถ refer เพื่อส่งต่อได้รวดเร็วปลอดภัย

5. พัฒนาระบบขอคำปรึกษา ผ่านระบบ Line refer fast track ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [Internet]. 2013 [cited 2024 August 27]; Available from: https://iris.who.int/handle/10665/94384
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563.เนคสเตป ดี ไซน์.
3. Oraii A, Shafeghat M, Ashraf H, et al. Risk assessment for mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: A retrospective cohort study. Health Sci Rep. 2024;7(2):e1867.

4. Elkammash A, Abdelhamid M, Sobhy M, et al. Acute heart failure and coronary blood flow in ST-elevation myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous coronary intervention: an observational cohort study. Cureus. 2023;15(12):e50340.
5. ณัฐพงศ์ กาญจนะโกมล. ปัจจัยที่สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2567; 43(3) : 319–332.
6. Thiele H, Zeymer U, Neumann FJ, Ferenc M, Olbrich HG, HausleiterJ,et al. Intraaortic Balloon Support for Myocardial Infarction with Cardiogenic Shock. N Engl J Med 2012; 367:1287-1296.
7. Zeymer U, Hochadel M, Hauptmann KE, Wiegand K, Schuhmacher B, BrachmannJ,et al. Intra-aortic balloon pump in patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: results of the ALKK-PCI registry. Clin Res Cardiol 2013;102(3):223-7.
8. Bromage DI, Jones DA, Rathod KS, et al. Outcome of 1,051 Octogenarian patients With ST-segment elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: Observational Cohort From the London Heart Attack Group. J Am Heart Assoc. 2016; 5(6): 003-027.
9. Cretu DE, Udroiu CA, Stoicescu CI, et al. Predictors of in-hospital mortality of STsegment elevation myocardial infarction patients undergoing interventional treatment. An Analysis of Data from the RO-STEMI Registry. 2015;10:10(4):295–303.
10. Salehi N, Motevaseli S, Janjani P, et al. Reperfusion Therapy and predictors of 30-day mortality after ST-segment elevation myocardial infarction in a university medical center in western Iran. Arch Iran Med. 2021;24(11):796–803.
11. Koirala P, Gajurel RM, Poudel CM, et al. Study of clinical profile and outcomes of percutaneous coronary intervention in ST elevation myocardial infraction. NHJ 2019:16(2):53–7.
12. เบญจมาศ แสนแสง, ศรันยา ดวงเดือน, ขันทอง มางจางดีอุดม, อรุณศรี แสนเมือง และ ภัทรพงษ์ มกรเวส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสยก. วารสาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 1(3): 172-190.
13. Clare L Atzema, Peter C Austin, Jack V Tu, Michael J Schull.Emergency department triage of acute myocardial infarction patients and the effect on outcomes. Ann Emerg Med 2008; 53:736-45.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.1 January-March 2025

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Nursing care in patients under general anesthesia for Cesarean section 2 cases study at Namphong Hospital , Khonkaen province.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

จิตรกร วิเศษปัสสา[1]
Jitrakorn Wisedpassa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้ำพอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพยาธิสภาพและอาการทางคลินิก การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ให้มีความสอดคล้องตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาเป็นเพศหญิง รายที่ 1 อายุ 24 ปี มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทารกมีภาวะตัวโต เป็นกรณีวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 18 ปี ไม่มีโรคประจำตัวใดๆแต่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จำเป็นต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาล

Abstract

This case study aimed to compare nursing care for 2 patients who received general anesthesia for cesarean section who were admitted to Nam Phong Hospital. The study was conducted between August 2024 and January 2025. The study examined patient history from inpatient medical records, took patient and family history, observed pathological conditions and clinical symptoms, analyzed data, and used the nursing process framework to assess patients' health in accordance with Gordon's 11 health assessment models.

The results of the study found that the first case was a 24-year-old female with a history of gestational hypertension, gestational diabetes, and a large fetus. This was a case of planned surgery in advance. The second case was an 18-year-old female with no underlying diseases but underwent emergency surgery. She needed to be assessed for risk and prepared before receiving anesthesia before surgery. The nursing results showed that both patients in the study cases did not have any complications and were discharged home.

Keywords: General anesthesia, Cesarean section, Nursing

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นทุกปี เพราะมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร[1] หากมารดาและทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤต แพทย์จะพิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัด การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Cesarean section) คือ การผ่าตัดเพื่อคลอด ทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องเป็นวิธีช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโดยมีข้อบ่งชี้ ทาง

[1] โรงพยาบาลน้ำพอง

การแพทย์ในด้านมารดาและทารก ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลที่หลากหลายบางรายไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นเพิ่มผลเสียและภาวะแทรกซ้อน ให้กับหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น รวมถึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำ รกเกาะติดกล้ามเนื้อมดลูก และมดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป[2] ในการผ่าตัดคลอดแต่ละครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าคลอดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี สำหรับในประเทศไทยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557[3] สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15[4] อัตราผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้ม สูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน (อยู่ที่ระดับประมาณ 30% ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 จนถึง 35 % ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ที่ ร้อยละ 10-15 ในส่วนของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลน้ำพอง หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปีพ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ15.58 , 8.87 และ 10.00 ตามลำดับ[5]

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะช็อก อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานานหรือการ เสียเลือดเป็นจำนวนมากหรือการแพ้ยาที่ได้ขณะผ่าตัด ถ้าแก้ไขไม่ได้ผู้คลอดอาจเสียชีวิตได้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อของอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง เสี่ยงต่ออวัยวะใกล้เคียงได้รับการกระทบกระเทือนหรือชอกช้ำ เสี่ยงต่ออาการปวดแผลอย่างรุนแรงและเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเสียเลือดเป็นจำนวนมากจากการผ่าตัด ในกรณีที่ควบคุมการเสียเลือดจากการคลอดไม่ได้ แพทย์จะต้องรักษาภาวะช็อก หากไม่สามารถหยุดการเสียเลือดได้จะต้องพิจารณาตัดมดลูกบางส่วนหรือตัดมดลูกทั้งหมดเพื่อรักษาชีวิตของมารดาไว้[6]

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อดีคือเป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่มีความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดยมีองค์ประกอบคือ ระงับความเจ็บปวด หมดสติ กด reflex ที่ไม่ต้องการ การหย่อนกล้ามเนื้อ ประโยชน์ของการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดคือสามารถให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ต้องการรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินได้ เพราะขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งสูติแพทย์เริ่มการผ่าตัดได้จะสั้นกว่าการให้ยาชาทางไขสันหลัง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่อทารกได้ เช่นในกรณี fetal distress หรือ prolapsed umbilical cord นอกจากนี้การดมยาสลบร่วมกับการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ จะช่วยทำให้สูติแพทย์ทำการผ่าตัดได้โดยง่าย ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเหมือนการให้ยาชาเข้าไขสันหลัง[7] การเปิดทางเดินหายใจในผู้ป่วยตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ท้าทายเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณลำคอบวม การทำ laryngoscopy ทำได้ยากจากน้ำหนักตัวและเต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้น กล่องเสียงบวม จึงควรเลือกใช้ท่อช่วยหายใจขนาดที่เล็กลงกว่าปกติ และไม่ควรใส่ท่อช่วยหายใจทาง

จมูกเพราะเสี่ยงต่อเลือดออกในทางเดินหายใจ[8] ร่วมกับการสำลักน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเข้าปอด เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ มีการเพิ่มขึ้นของกรดในกระเพาะอาหาร ร่วมกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยทำให้โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้พบได้สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป[7] การทำหัตถการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนี้ ต้องทำขณะที่กล้ามเนื้อหย่อนตัวโดยมีวิสัญญีพยาบาลทำการควบคุมการหายใจ

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 มีผู้มารับบริการผ่าตัดในปี พ.ศ.2565 – 2567 จำนวน 763, 1,155 และ 1,430 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 108 ,42 และ 73 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจำนวน 55, 11, และ 24 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ100, 42.30 และ 80.00 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective case) ร้อยละ 18.18, 34.60, 33.30 ตามลำดับ และ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน (emergency case) ร้อยละ81.82, 65.40 และ 66.70 ตามลำดับ[5]

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้อง ได้รับการบริการพยาบาลวิสัญญีที่ปลอดภัยตั้งแต่ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด มีความรู้และสามารถจัดการบรรเทาอาการปวดได้ด้วยตนเอง ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังการให้บริการการระงับความรู้สึกและผ่าตัด สามารถฟื้นหายจากการรับบริการพยาบาลวิสัญญีได้โดยเร็ว เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 โดยใช้กระบวนการพยาบาลหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) การประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยตั้งครรภ์ ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่โรงพยาบาลน้ำพอง

2. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโดยคัดเลือกผู้ป่วยตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ท้องแรก ไม่เคยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมาก่อน เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่

กำหนดไว้หรือกรณีฉุกเฉินในเวลาราชการ เข้ารับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดทางบุตรหน้าท้องที่โรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อเป็นกรณีศึกษา

3. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารสถิติข้อมูลของผู้ป่วย

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

5. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังเกต ประเมินภาวะสุขภาพ แบบแผนสุขภาพ ยาที่ใช้ของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาลจากแบบบันทึกของเวชระเบียน

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 วางแผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลและปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 8 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลา 5 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2567 ถึง วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 2 อยู่ในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการเก็บข้อมูลทั่วโลกในปี พ.ศ.2558-2564 พบว่ามีสตรีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปีคลอดบุตรอยู่ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al, 2014) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลของกรมอนามัย พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์น้อยลงไป ต่อ 1000 คน ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีข้อมูลจากกรมอนามัย ในปี พ.ศ.2563 พบว่าอัตราการคลอดบุตรในกลุ่มตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ 28.7 ต่อวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีจำนวน 1,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับแนวโน้มของโลก ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและการสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศให้กับวัยรุ่นมากขึ้น (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ด้านการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 จบการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 จบการศึกษามัธยมศึกษา

ตอนต้น ในเรื่องสิทธิการรักษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายประกอบอาชีพรับจ้าง โดยมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 20,000 บาท และ 17,000 บาท ตามลำดับ และกรณีศึกษารายที่ 1 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลตลอดการรักษา 5 วัน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลตลอดการรักษา 3 วัน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลในเรื่องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การพยาบาลช่วงนี้คือต้องอธิบายทำความเข้าใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวที่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการดูแลปฏิบัติการพยาบาลที่สอดรับกับปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้ง 2 ราย นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การพยาบาลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา ตามอาการแสดงที่แสดงออกของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาให้หมดไป ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ระยะเวลาทำการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 15นาที มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องขนาด 10 เซนติเมตร ระดับความปวด (เฉลี่ย 4 วัน) 5 /10 คะแนน รักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 3-8 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลา 5 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 16,856 บาท ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิลิตร มีแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาด 10 เซนติเมตร คะแนนความเจ็บปวด (เฉลี่ย 3 วัน) 4/10 คะแนน รักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 28 เมษายน - 1 พฤษภาคม 2567 รักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 17,798 บาท และก่อนกลับบ้านผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การดูแลแผล การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมและการมาตรวจตามนัด

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่ามีการวินิจฉัยการพยาบาลทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันแม้ว่าจะเป็น

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเหมือนกัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งได้จากการประเมินผู้ป่วยเป็นการประเมินทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จิตวิญญาณและสังคมพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องดูแลให้การพยาบาล ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีความแตกต่างกันที่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะให้ยาระงับความรู้สึกจากภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทุกข้อได้นำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล รวมถึงปฏิบัติตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกันในบางเรื่องได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกการผ่าตัด ส่วนเรื่องความแตกต่างจะมีสาเหตุในแต่ละบุคคลตามภาวะความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกในกรณีศึกษาจึงมุ่งเน้นให้การดูแล

ผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ เสริมพลัง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง ประเมินผลการพยาบาลจากการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย และปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

จุดเด่นและความท้าทายของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้แบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การระงับความรู้สึกเป็นหัตถการทางวิสัญญีเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์แม้พบไม่มากแต่เป็นอันตรายถึงชีวิต ทรัพย์สิน และส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน เป็นต้น การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกจึงต้องมีความพร้อมให้บริการที่ปลอดภัย มีการประเมินสภาพผู้ป่วยตามความเสี่ยง การเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ การตรวจสอบเวชภัณฑ์และยา การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลวิสัญญีสามารถวางแผน และปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ประสบผลสำเร็จมากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ รวมถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกตามความคิดของตน ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ต้องมีการอธิบายและตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยถึงข้อดีและข้อเสียของการผ่าตัดการเปลี่ยนแปลงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนั้นการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดจึงมีลักษณะเฉพาะตามลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการรักษา

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก เป็นระยะที่มีความสำคัญมาก ในเรื่องของการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมการหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะออกซิเจนน้อย (hypoxsia) หรือการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercarbia) ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีความเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบต่างๆในร่างกาย เนื้อเยื่อบริเวณลำคอบวม การทำ laryngoscopy ทำได้ยากจากน้ำหนักตัวและเต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้น กล่องเสียงบวม ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนได้ง่ายและเร็วเนื่องจากปริมาตรปอด FRC ลดลง เมื่อต้องมาผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงสูงในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก หรือใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ ประกอบกับมดลูกโตขึ้นจะดันกระเพาะอาหารทำให้อาหารที่อยู่ในกระเพาะไหลผ่านลำไส้เล็กได้ยากขึ้น การมีฮอร์โมน motilin ที่ลดลงและหรือภาวะเครียดเช่น การเจ็บครรภ์คลอด ได้รับยาเสพติดสำหรับแก้ปวด ทำให้เกิดการค้างของอาหารในกระเพาะ (delay gastric empting time) เกิดภาวะ full stomach ฉะนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการ เกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดได้ง่ายมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องมารับการผ่าตัด อีกทั้งมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกขณะนอนหงาย supine hypotention syndrome จากมดลูกที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะมีผลกด inferior vena cava และ descending aorta ทำให้ preload และ cardiac output ลดลงร้อยละ 20ทำให้ทารกเกิดภาวะเครียดและเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง กิจกรรมพยาบาลที่สำคัญระยะนี้คือการใส่ท่อช่วยหายใจต้องใส่ด้วยความนุ่มนวล ไม่กระตุ้นหรือเพิ่มภาวะความดันโลหิตสูงจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีภาวะโรคร่วมเช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นได้ สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยภาวะครรภ์เป็นพิษคือเลือดออกในสมอง ซึ่งสัมพันธ์กับการใส่และถอดท่อหายใจ ดังนั้นการพยาบาลในช่วงนี้ของพยาบาลวิสัญญีจึงต้องสังเกตอาการ ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก กิจกรรมพยาบาลวิสัญญีระยะนี้ต้องพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ต้องพิจารณาอย่างละเอียดดูจากการผ่าตัดสัญญาณชีพ แล้วให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อตามเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้เพียงพอมีรีเฟล็กกลับมา ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยต่อในห้องพักฟื้น เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือการให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ มีการเฝ้าระวังทางเดินหายใจ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และประเมินความเจ็บปวดเป็นระยะๆ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ป่วยหญิงไทย อายุ 24 ปี มาตามนัดหมายเพื่อผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์ ให้ประวัติการตั้งครรภ์ว่า ตั้งครรภ์แรก (G $_1P_0$) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์และ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สูติแพทย์วินิจฉัย G $_1P_0$ GA 38+4 wks. & PIH & GDMA1 & Macrosomia ข้อบ่งชี้เพื่อผ่าตัดคลอดคือ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะทารกตัวโต การพยาบาลที่ได้รับได้แก่การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาวะโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia with endotracheal tube) ความเสี่ยงที่สำคัญในระยะให้ยาระงับความรู้สึกคือความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจยากในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจขณะนำสลบเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ขณะให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด หลังให้ระยะให้ความรู้สึก ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักฟื้นแล้วส่งต่อไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย การพยาบาลที่สำคัญได้แก่การจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านรวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์ ให้ประวัติการตั้งครรภ์ว่า ตั้งครรภ์แรก (G $_1P_0$) อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 6 วัน สูติแพทย์วินิจฉัย G $_1P_0$ GA 39+6 wks ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงนอนโรงพยาบาลเพื่อรอคลอดปกติ ระหว่างรอคลอดแบบปติสูติแพทย์ตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีภาวะเครียดในทารกจึงเปลี่ยนวิธีคลอดเป็นผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน การพยาบาลที่ได้รับได้แก่การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ครั้งแรกและผู้ป่วยอายุน้อย ประกอบกับเป็นการผ่าตัดแบบ ฉุกเฉิน พยาบาลวิสัญญีจึงต้องประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและครอบคลุมเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia with endotracheal tube) อย่างปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด หลังให้ระยะให้ความรู้สึก ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักฟื้นแล้วส่งต่อไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย การพยาบาลที่สำคัญได้แก่การจัดการ

อาการปวดแผลหลังผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านรวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

จากทั้ง 2 กรณีวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ ต้องใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและเตรียมการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา ต้องมีการเตรียมการตั้งแต่ก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึกเฝ้าระวังปัญหา รวมถึงการให้คำแนะนำโดยการให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เป็นปกติโดยเร็ว[9,10]

เอกสารอ้างอิง

1. Atrousa Fakherpour et.al.(2018). Maternal and anaesthesia - related risk factors and incidence of spinal anaesthesia - induced hypotension in elective caesarean section: A multinomial logistic regression. Indian J Anaesth. 62(1) : 36-46.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการดูแลและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์.
3. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตนะ, ปรัศนี ทิพยโสถติ.(2548). แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ 2533-2544). วารสารสาธารณสุข. 12 : 1-18. 4.
4. ปัญญา สนั่นพานิชกุล.แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง.(2561).วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 35(3),หน้า312-320
5. โรงพยาบาลน้ำพอง.(2565). รายงานผู้ป่วยประจำปี 2565. เอกสารรายงาน. ขอนแก่น: ฝ่ายแผนงานและพัฒนาโรงพยาบาลน้ำพอง.
6. สมทรง บุตรตะ. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะแรก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(3) 185-198
7. สมเกียรติ อรุณพฤกษากุล. (2552). การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง.ในสุวรรณี สุรเศรณีวงศ์,มะลิ รุ่งเรืองวานิช,มานี รักษาเกียรติศักดิ์,พรอรุณ สิริโชติวิทยากร.บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ;เรือนแก้วการพิมพ์. หน้า185-191.
8. อรลักษณ์ รอดอนันต์. (2555). การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.ในอรลักษณ์ รอดอนันต์, วรินี เล็กประเสริฐ, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, บรรณาธิการ.ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา พิมพ์ครั้งที่1. ธนาเพรส; 2555.
9. นิรมิด กิจขยัน. (2567). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 9 (กรกฎาคม – สิงหาคม): 251-259.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2560). คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรมอนามัย.